



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Tese de Doutorado

POLÍTICAS GLOBAIS DE SAÚDE: A CONSTITUIÇÃO DE NOVAS LUTAS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Francis Sodré

Orientador: Ruben Araújo de Mattos

Área de Concentração:

Política, Planejamento e Administração de Serviços e Saúde

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - IMS

POLÍTICAS GLOBAIS DE SAÚDE:
A CONSTITUIÇÃO DE NOVAS LUTAS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Francis Sodré

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde; do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Profº Drº Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

2007

Francis Sodré

Políticas Globais de Saúde: a constituição de novas lutas sociais no campo da Saúde Coletiva

Apresentado em 06 de Julho de 2007.

BANCA EXAMINADORA:

Profº Drº Ruben Araújo de Mattos (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profº Drº Kenneth Rochel Camargo Jr.

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profª Drª Roseni Pinheiro

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profª Drª Alacir Ramos Silva

Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva - UFES

Profº Drº Giuseppe Cocco

Escola de Serviço Social - UFRJ

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

S729 Sodré, Francis.

Políticas globais de saúde: a constituição de novas lutas sociais no campo de saúde coletiva / Francis Sodré. – 2007. 274f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – América do Sul – Teses. 2. Acordos internacionais – Teses. 3. Mercosul – Acordos – Teses. 4. Saúde pública – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:341.24(8)

A Fábio e Pedro

*“Nós temos uma necessidade muito grande de 'autoria'.
Mas em política pública não precisamos ter a autoria das
coisas. Quanto mais ela for difusa e dividida, mais ela
será duradoura e conseqüente”.*

Marina Silva

RESUMO

A Saúde Global é um campo repleto de nuances e muitas vezes entendida como uma mera preocupação pelos cuidados com imigrantes ou populações fronteiriças. O campo abarca as relações de poder entre as instituições nacionais e supranacionais no capitalismo pós-industrial. Os movimentos globais de luta pela saúde hoje marcam um importante referencial de transição dos paradigmas da Saúde Pública. Políticas de Saúde cooperativas trazem um perfil de busca pela interdependência das ações na América do Sul, entre blocos mundiais, como o caso do Subgrupo de Trabalho 11 dentro do acordo Mercosul. Parte deste estudo apresentado busca as pistas deixadas por essas transições de soberania trazidas pelo capitalismo atual. O objeto desta pesquisa então se delimita pelo estudo das políticas globais de saúde, tendo como foco de análise as novas lutas sociais no campo da Saúde Coletiva. Dentro deste objeto inserem-se as discussões sobre a harmonização de políticas de saúde entre blocos mundiais; o debate sobre a formação dos novos movimentos sociais globais pela saúde; a discussão atual sobre o trabalho em saúde e como este trabalho se tornou imaterial e biopolítico em suas ações. Para isso partimos do referencial teórico produzido pelos autores operaístas e pós-operaístas que afirmam a constituição de uma forma de soberania imperial que aponta para a crise do Estado moderno com a condição política de formação do *Império*. Nesta pesquisa optou-se pela realização de um levantamento documental em fontes oficiais do acordo Mercosul, Ministérios da Saúde de vários países que compõem o acordo aduaneiro e também dos movimentos sociais constituídos de forma global para analisar as tentativas de harmonização das políticas de saúde na América do Sul. Neste levantamento incluem-se os relatórios das comissões temáticas de saúde do Mercosul e as atas das reuniões ministeriais do pacto aduaneiro. Além disso, foram também analisados os documentos produzidos pelos movimentos globais da saúde que foram constatados nesta tese. Os dados foram estudados concomitantemente ao debate conceitual, quando então concluímos um deslocamento dos poderes de Estado e das instituições supranacionais sobre a Saúde em políticas geridas na América do Sul, além da implantação de políticas de interdependência através da Saúde. A chave de resposta foi encontrada no novo ciclo de lutas que se abriu para o campo da saúde nos movimentos globais dos anos 2000.

Palavras-Chave: *Saúde Coletiva, Políticas de Saúde, Mercosul.*

ABSTRACT

The Global Health is a field with many sides and is understood as a mere concern for the cares with bordering immigrants or populations. The field accumulates of stocks the relations of being able between the national and supranational institutions in the postindustrial capitalism. The global movements for the health today mark an important referencial of transistion of the paradigms of the Public Health. Cooperative politics of Health bring a profile of search for the interdependence of the actions in the South America, between world-wide blocks, as the case of the Sub-group of Work 11 inside of the Mercosul agreement. Part of this presented study searches the tracks left for these transistions of sovereignty brought by the current capitalism. The object of this research then is delimited for the study of the global politics of health, having as focus of analysis the new social movements in the field of the Collective Health. Inside of this object the quarrels are inserted on the harmonization of politics of health between world-wide blocks; the discussion on the formation of the new global social movements for the health; the current quarrel on the work in health and as this work if became incorporeal and biopolitic in its action. For this we leave of the theoretical referencial produced by the operaism authors that they affirm the constitution of a form of imperial sovereignty that points with respect to the crisis of the modern State with the condition politics of formation of the Empire. In this research it was opted to the accomplishment of a documentary survey in official sources of the Mercosul agreement, social movement and Health department of some countries that compose the customs agreement also constituted of global form to analyze the attempts of harmonization of the politics of health in the South America. In this survey the reports of the thematic commissions of health of Mercosul and the acts of the ministerial meetings of the customs pact are included. Moreover, also the documents produced for the global movements of the health had been analyzed that had been evidenced in this thesis. The data had been studied concomitantly to the conceptual debate, when then we conclude a displacement of being able them of State and the supranational institutions on the Health in politics managed in the South America, beyond the implantation of politics of interdependence through the Health. The reply key was found in the new cycle of movements that if opened for the field of the health in the global movements in 2000's.

Key-Words: *Collective health, Politics of Health, Mercosul.*

SIGLAS E ABREVIATURAS

ALAMES – Associação Latino-Americana de Medicina Social

ANS – Associação Nacional de Saúde

ANVISA – Associação Nacional de Vigilância Sanitária

CCM – Comissão de Comércio do Mercosul

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina

CMC – Conselho do Mercado Comum

CPC – Comissão Parlamentar Conjunta

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

FSM – Fórum Social Mundial

FSMS – Fórum Social Mundial da Saúde

GMC – Grupo do Mercado Comum

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MS – Ministério da Saúde (Brasil)

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

NAFTA – North American Free Trade Agreement

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PHM – People's Health Movement

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SGT – Sub-grupo de Trabalho (Mercosul)

UE – União Européia

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
------------------------------------	-----------

CAPÍTULO I O DESLOCAMENTO DO TRABALHO E OS MOVIMENTOS GLOBAIS DA SAÚDE

1.1 - Globalização e Migrações	20
1.2 - A livre circulação do trabalho: o caso da União Européia	29
1.3 - A livre circulação dos profissionais da saúde na União Européia.....	32
1.4 – Por um Sistema de Proteção Social Global: dos movimentos de Seattle ao Fórum Social Mundial.....	42
1.5 - A Saúde como uma agenda global.....	51
O Movimento Global pela Saúde dos Povos	54
Rumo a Porto Alegre.....	66
O Fórum Social Mundial da Saúde.....	72

CAPÍTULO II POLÍTICAS DE SAÚDE SUPRANACIONAIS E A LIVRE CIRCULAÇÃO DO TRABALHO: O CASO DA UNIÃO EUROPÉIA E DO MERCOSUL

2.1 - A livre circulação do trabalho e as imigrações.....	79
2.2 - A Saúde e a Proteção à Livre Circulação do Trabalho na União Européia.....	86
2.3 – A Saúde no Mercosul: da política de Estado à política dos movimentos.....	92
Sobre a história do Mercosul.....	92
A Transição do Acordo Mercosul	100
O Pacto da Saúde do Mercosul.....	103
A Saúde no Mercosul após a Batalha de Seattle.....	107
O Regulamento Sanitário Internacional.....	112
O aprofundamento da agenda de Seattle na Política de Saúde do Mercosul.....	119

CAPÍTULO III

A DESESTATIZAÇÃO DA POLÍTICA: A MÁQUINA CONCEITUAL OPERAÍSTA E A ANÁLISE DA POLÍTICA CONTEMPORÂNEA

3.1 – Sobre o método histórico do pensamento operaísta.....	126
3.2 – Do ciclo de lutas do operário profissional ao <i>new deal</i>.....	130
A emergência do new deal: resposta capitalista às lutas operárias.....	133
O papel do Estado de Bem Estar Social na regulação das lutas.....	136
3.3 – Os ciclos de lutas abertos pelo Maio de 68.....	140
A passagem do fordismo ao pós-fordismo: lutas e contra-reforma capitalista.....	144
3.4 - O trabalho imaterial, redes e produção de subjetividade.....	154
Trabalho e valor.....	156
A vida como produção do valor e como valor da produção.....	158
A produção do trabalho vivo e o campo da saúde.....	163
3.5 – A Multidão como novo sujeito antagonista	172
3.6 - As novas formas de poder: a soberania imperial.....	180
Dos Estados-nação ao Império.....	191

INTERVALO

O Estado antes da Democracia:

do Welfare State periférico às relações de interdependência global.....	203
--	------------

CAPÍTULO IV

SAÚDE COLETIVA: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO?..... **214** | | | | |--|------------| | 4.1- Matizes teóricas da Saúde Coletiva: a medicina social..... | 215 | | 4.2 - A proteção social à saúde no Brasil: a Saúde Pública..... | 224 | | A emergência do discurso sanitarista..... | 231 | | O público e o privado..... | 238 | | 4.3 - Um movimento anti-disciplinar: a reforma sanitária..... | 243 | | 4.4 - Democratização da Saúde, produção do Comum..... | 250 | | | | |----------------------------------|------------| | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 260 | |----------------------------------|------------| | | | |--|------------| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 266 | |--|------------| 10

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta tese que o leitor agora tem em mãos faz parte de um percurso muito distinto. Quando ingressei no Doutorado em Saúde Coletiva, no Instituto de Medicina Social, tinha o objetivo de estudar a política estadual de saúde nos anos 90, no Espírito Santo, estado onde resido. Contudo, o aprofundamento das leituras, principalmente as do campo da ciência política, fez-me despertar para uma mudança de objeto da tese. Ao deparar-me com o processo de escrita e elaboração, me detive aos estudos da política macro para iniciar à velha maneira “primeiro o macro, depois o micro” e notei que a literatura levantada apontava para o máximo de descentralização das políticas públicas de saúde, mesmo que para isso fossem necessárias inúmeras pactuações normativas de variados acordos. Ao passar por uma disciplina específica dentro deste percurso do doutorado, estudei as tentativas de harmonização da política de saúde entre Estados em blocos econômicos mundiais e notei que o debate em questão era o mesmo. Apenas aplicava-se a uma instância maior.

Verifiquei as lacunas dos estudos produzidos sobre o tema e então optei por começar com pequenas investigações sobre este ponto: estudar o processo de harmonização das políticas de saúde entre blocos mundiais. Como unidade de análise, o Mercosul. Em meio a isto, a discussão que circunda o tema atualmente acusava como um problema a ser resolvido a equivalência de diplomas entre os profissionais que necessitam de livre circulação dentro do acordo Mercosul. Em estudos realizados por pesquisadores da ENSP existe a indicação que esta primeira “harmonização” dos recursos humanos deva ser pensada concomitantemente à livre circulação de produtos e mercadorias. Afinal este é o *ativo* das redes de produção em blocos regionais. Na procura por documentos nos órgãos oficiais de informação encontramos também documentos de movimentos organizados em prol da livre circulação de profissionais da

saúde europeus. Então entendemos que esta era uma demanda “provocada” por estes profissionais que exigiam autonomia em seu exercício profissional. Portanto, a arena de discussão se abriu como objeto de pesquisa.

Algumas questões vieram à tona: porque a harmonização de uma política de saúde dentro de um acordo econômico? O que representa, politicamente, restringir a livre circulação de profissionais da saúde? No caso do Mercosul, por que não permitir o fluxo de pessoas livremente em nome de um acordo pela saúde – tão carregado de simbolismos em prol da defesa da vida, além de se tratar de um acordo feito por países considerados pobres? A busca por literatura sobre a “livre circulação” em sites de busca na internet nos remetia aos movimentos políticos organizados, ditos “movimentos globais”. Tudo isso se misturou de tal forma que uma discussão não se desprendia da outra, todas se inter-relacionavam.

No mestrado que concluí em Saúde Pública, várias disciplinas estudavam o papel do Estado na definição das políticas democráticas de saúde. Na graduação em serviço social também passei pelas mesmas afirmações dessa história sempre contada sob o ponto de vista do Estado (responsável pela proteção social). Após deparar-me com estudos produzidos por Antonio Negri, optei por mostrar este percurso em seu caminho inverso. Através deste autor consegui argumentos e aportes conceituais para afirmar que as lutas, no seu formato mais difuso, determinam as políticas democráticas constituídas. O objeto escolhido para análise refletia perfeitamente esse caminho de volta. Mesmo em se tratando de uma pactuação entre Estados (uma macro política), era mais interessante perceber o movimento dos movimentos (a micro política).

Primeiro partí da observação que a saúde ultrapassava as fronteiras de Estado e vi surgir uma proposta de pactuação entre países na harmonização da Saúde para o Cone Sul. Ao iniciar o estudo verifiquei que os acordos aduaneiros mais avançados ainda não tinham uma política de saúde harmonizada, e o Mercosul

rascunhava algumas ações. Algo que é no mínimo curioso em se tratando de uma política social dentro de um acordo econômico. O Brasil, desde a gestão de Fernando Henrique Cardoso, se inseriu de forma vertical em políticas que demonstravam uma articulação maior no campo da Saúde. Mas foi no governo Lula que o campo recebeu mais investimentos através de um número maior de técnicos inseridos, além da formação de uma pauta que ganhou regularidade para ser debatida, com sistematização constante de informações produzidas. A descoberta dessas ações como uma brecha para acordos transversais em outras áreas da política econômica dos países aduaneiros foi o que me chamou atenção para um processo diferenciado do que aconteceu em outras partes do mundo que trabalham com acordos para mercados comuns entre blocos mundiais.

Gerir a Saúde significa ter controle sobre as formas de vida. Aos poucos fomos percebendo o quanto a América Latina se tornava global dentro de suas formas de gestão sobre a Saúde. Ao criar o Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11) dentro do acordo Mercosul o debate tornou-se plural, ao mesmo tempo forte sob o ponto vista das ações estatais e conseqüentemente forte na pactuação de propostas. A potência vista nas discussões não estava nos produtos que poderiam vir a circular, mas no debate político promovido por profissionais que “gerenciam a vida”.

A América Latina mostrava-se potente em suas articulações pela Saúde, mesmo dentro da ironia de vê-la sendo discutida a partir do pacto Mercosul. Ainda assim apostei no objeto para estudá-lo, colocando-me aberta para eventuais surpresas que esse estudo poderia proporcionar. E cheguei a uma conclusão rasa que o mais surpreendente disso tudo não foram os resultados dessa política, visto que seus impactos econômicos são baixíssimos; mas o processo de negociação em si. As agendas surgidas e o os pontos de discussão postos à mesa por ministros e movimentos sociais. Esse debate, que se tornou interesse mundial, era pautado por nós: os países do Sul perante a

União Européia ou os Estados Unidos, tão observados em nossos passos rumo a uma política de cooperação.

Aos poucos percebia a necessidade de radicalizar algumas afirmações, por exemplo, a crise de soberania do Estado-nação como parte de um processo mundializado. No caso do Brasil e dos demais países do Sul envolvidos, havia a necessidade de sistematizar estudos sobre a realidade da América Latina a partir de suas mais recentes relações de interdependência. Toda a bibliografia encontrada no referencial operaísta e pós-operaísta parte de uma realidade de estudo sobre o Estado com um olhar europeizado talvez; mas quando observamos as minúcias da corrente de pensamento conseguimos enxergar esse fenômeno como algo que se alastra por todo o mundo. E a formação do acordo aduaneiro da América do Sul traz evidências deste processo.

Por outro lado, notei que as relações políticas da Saúde caminharam para a submersão em um biopoder que é fruto de séculos das ações de Estado. A entrada do debate sobre o Regulamento Sanitário Internacional proposto pela ONU/OMS na agenda do SGT 11 chega de forma paralisante; pois todas as discussões políticas mais progressistas que envolviam a saúde na tentativa de um pacto de interdependência entre os países são “congeladas” em prol de uma agenda mundial retrógrada que veio somente a reforçar antigos ditames que erguem “barreiras sanitárias” como medidas protetoras. O segundo momento deste estudo, portanto, aborda esse déficit democrático – antagônico talvez – mesmo porque a agenda mostrava-se avançada em suas discussões a partir das lutas sociais estabelecidas após a “virada à esquerda” dos governos eleitos democraticamente em toda a América Latina.

Os momentos mais explicativos deste estudo tentam situar os espaços de resistência a este poder global. A produção de Antonio Negri sobre a categoria trabalho imaterial cruza-se com os estudos sobre a categoria teórica trabalho vivo de Marx. Isso

foi necessário para que percebêssemos que a chave da questão estava neste trabalho produzido em ato como espaço de resistência e criação ao mesmo tempo no campo da saúde. A produção teórica da Saúde Coletiva acentuava a bibliografia que valorizava os estudos sobre este processo de trabalho que não tinha fórmulas e que se mostrava variável em cada realidade vivida pelos serviços de saúde. O entendimento que a força de trabalho tornara-se móvel, nômade através do movimento que a saúde na Europa denominou por “Free Movement of Health Professionals” nos permitiu compreender que também o território se tornava algo móvel e flexível.

No que se refere às ferramentas da pesquisa, a leitura documental sobre o Mercosul estava de fácil acesso, pois os documentos sobre as reuniões ministeriais e também do SGT 11 foram publicados em um site próprio, na íntegra, pelo acordo Mercosul como uma estratégia política de publicizar essa pauta mundial que se refere a uma seqüência de tentativas de harmonização. O SGT 11 do acordo Mercosul tem a função de planejar, coordenar e gerir as ações propostas nas reuniões entre os ministros da saúde dos países que compõem o bloco. A leitura de mais de 30 atas extraídas do site www.mercosulsalud.org e, aproximadamente, 70 documentos (incluindo relatórios e normatizações) produzidos por este subgrupo de trabalho rendeu um extenso itinerário de pesquisa documental; abrindo ata por ata, separando fragmento por fragmento para retirar extratos que compusessem um cenário amplo das discussões que acontecem de forma semestral. Os documentos gerados pelos ministérios da saúde sobre a harmonização das ações dos países do cone sul também foram levantados, pois eles reconstruíam os momentos que antecedem as reuniões da saúde no Mercosul. Todos os documentos foram tabulados através da separação de extratos textuais que compusessem o cenário da pactuação da saúde entre os países da América do Sul através do SGT 11.

Após esta fase, continuamos com a pesquisa em base de dados virtuais a partir de outra ótica: a dos movimentos sociais globais. O prosseguimento dado a análise dos dados encontrados até então mostrou-me que a agenda Mercosul tinha sua pauta determinada por estes novos movimentos; então decidi buscar os antecedentes vindos através das lutas sociais da década de 90. Todos os movimentos continham uma quantidade de informações que se tornou impossível mensurar: depoimentos, fotografias, relatórios, traduções de agendas, testemunhos de ativistas, sínteses de mesas coordenadas, pautas de reuniões etc. Posso afirmar que a riqueza desses movimentos tem se tornado exatamente o excedente de informações geradas sobre a saúde. Para se ter idéia, no *site* do Fórum Social Mundial da Saúde procurei por informações sobre a reunião de Nairóbi e lá existia mais de 900 (novecentos) tipos de documentos diferentes produzidos pelos ativistas, além das “comprovações” anexadas através de arquivos de áudio, imagem fotográfica e vídeos. Era preciso somente escolher, em meio a muitas alternativas, o que se queria dizer.

O objeto desta pesquisa então se reconfigurou. Tornou-se o estudo sobre a formação de políticas globais de saúde no Mercosul, tendo como referencial os movimentos multitudinários das novas lutas sociais globais da saúde. Ao tomar este objeto como foco de investigação, percebi que a leitura do objeto se completava através de estudos conceituais desenvolvidos por Antonio Negri, posteriormente, associado à Michael Hardt – autores que avançaram em construções teóricas consolidadas academicamente e que servem de aporte para pensar os novos espaços políticos de discussão sobre a Saúde em âmbito global – desde suas lutas a partir do trabalho à constituição de políticas, através de categorias teóricas como Império e Multidão.

Para dar um caráter mais explicativo aos argumentos, comecei pela construção de um capítulo específico que aproximasse os movimentos de resistência global à luta pela Saúde em âmbito mundial. O conceito de Multidão elaborado por

Negri & Hardt (2005) forneceu instrumentos importantes para explorarmos esses movimentos que se formam e se organizam livremente, como o caso do Fórum Social Mundial da Saúde e a Assembléia Mundial de Saúde dos Povos. Movimentos que não aparecem nos noticiários, que não são valorizados pela agenda econômica mundial, mas que se mostram crescentes e, por vezes, com intuítos libertários, formando o contraditório campo da Saúde Global. Correntes derivadas dos movimentos globais (considerados produtos da globalização) e dos movimentos contra as políticas neoliberais na década de 90, denunciavam a própria crise do neoliberalismo neste mesmo período. Por isso mostrou-se importante desenvolver um estudo sobre esse campo através da ótica dos movimentos e tentar explicá-lo como algo novo que surge também como objeto de estudo para a Saúde Coletiva.

A partir da percepção que os movimentos globais da saúde determinaram uma década, então por eles comecei. No Capítulo I abordo de forma descritiva a chegada desses movimentos à década de 90 até os anos 2000. Este era o novo ciclo de lutas pela saúde que demarcava o campo da Saúde Global.

No segundo capítulo inicia-se um estudo sobre o Mercosul e as relações de cooperação travadas na América Latina para formar o pacto da Saúde através de um subgrupo de trabalho e das reuniões ministeriais que aconteciam no cone sul. Após essas duas constatações realizadas nestes capítulos elaborei um terceiro momento do estudo que aborda o método do pensamento de Negri através das principais categorias de análise construídas pelo autor. Uma transição importante para o deslocamento conceitual e temporal que viria a acontecer em seguida no texto: a inserção de um “intervalo” sobre a crise do *Welfare State* e a chegada do neoliberalismo no Brasil.

Portanto, o quarto e último capítulo é a construção de uma análise sobre a relação “público x privado” vivenciada pelos movimentos de luta pela saúde e pelas políticas estatais. Essa relação permeou a formação do campo conceitual que vai da

Medicina Social à Saúde Coletiva e teve no Brasil o movimento multitudinário da saúde como um divisor de águas: a reforma sanitária. De tal forma, que a linha de raciocínio construída nesta tese é cíclica, pois tentamos seguir a análise que um novo ciclo de lutas sempre se abre após um período de resistência.

CAPÍTULO I

O DESLOCAMENTO DO TRABALHO E OS MOVIMENTOS GLOBAIS DA SAÚDE

1.1 - Globalização e Migrações

“A experiência da fuga é como um treinamento para o desejo de liberdade”.
Hardt & Negri

A globalização é um argumento hoje aceito como parte de um processo irreversível das relações de produção. Afirmar os preceitos da globalização representa afirmar a história da ocidentalização do mundo, os processos de desterritorialização e as formas de dominação assumidas pelas transformações do poder global. “O mundo mudou muito ao longo do século XX. Não é mais uma coleção de países agrários ou industrializados, pobres ou ricos, colônias ou metrópoles, dependentes ou dominantes, arcaicos ou modernos”; afirma Ianni (2005, p.36). Ianni desenvolveu um importante debate sobre essa lógica binária da modernidade nas ciências sociais ao longo da década de 90. Seus argumentos nortearam várias correntes de pensamento que apontaram para uma mudança estrutural ocorrida após a II Guerra Mundial: a mundialização de relações, processos e estruturas de dominação, antagonismos e integrações. O capitalismo global visto por Ianni (2005) transbordou as fronteiras das bases nacionais. “Declinam os Estados-nações, tanto os dependentes como os dominantes” (idem, 2005, p.38).

Um outro campo de discussões construído durante a década de 90 indica, para autores como Fiori (1997), que a única globalização que realmente existiu foi a globalização financeira. Pois se há algo que se tornou realmente global foi a financeirização das relações de capital, ultrapassando o poder dos Estados. Este argumento desenvolvido por Fiori (1997) se fundamenta em um debate que, segundo o autor, é tão antigo que já beira os trezentos anos, “desde que os fisiocratas elegeram que a perfeição residia no mercado” (idem, p.126). Para Fiori, o estágio atual da

globalização se resume a uma espécie de “fascismo do mercado” – uma combinação entre o movimento do capital e as estruturas e decisões do poder.

Fiori (1997) compõe o grupo de pensadores que balizam o acirramento da globalização a partir do período histórico marcado pelas evidências da vitória alcançada pelo mercado, após a vitória de Thatcher, quando os liberais conservadores decretaram a morte do keynesiansimo¹ como se tudo fosse culpa das políticas econômicas equivocadas do Welfare e não o resultado de uma transformação estrutural do capitalismo. Para Fiori (1997) é esta transição estrutural que demarca o surgimento dos processos de desregulamentação do capitalismo, quando a impulsão da acumulação financeira evolui associada à reação americana de dominação global. É o momento em que ocorre a adesão ao consumismo, ao abandono dos miseráveis e ao controle previsto pelas políticas deflacionárias da década de 80. Deste modo, diferentemente de Ianni, para Fiori a globalização atual se dá pela porta unicamente financeira, ou seja, falamos de “um mundo financeiramente globalizado” (Fiori, 1997, p.133) onde vários países do mundo adotaram as mesmas alternativas: abertura, liberalização aos mercados, privatizações, etc.

Para Ianni (2005), a *financeirização* global acabou por subordinar os Estados-nação aos movimentos e às articulações do capital. “Os Estados-nação tornaram-se agências da economia política mundial” (p.92, 2005). Para o autor, nem o núcleo econômico mais forte da economia americana precisa de um comando local ou nacional. A produção obedece a um comando global. Mesmo instituições como o FMI,

¹ Sob a ótica keynesiana, uma análise conjuntural deve centrar sua atenção de forma a impedir ou postergar a crise. “Trata-se de reunir, sempre que necessário e de forma deliberada, informações que reduzam o grau de incerteza, orientando a ação do Estado, único agente capaz de, em substituição aos inoperantes mecanismos de mercado, administrar sabiamente o movimento expansivo da economia capitalista. E é à sombra desta intervenção estatal que a ciência econômica desenvolverá, a partir dos anos 30, de forma cada vez mais sistemática, seu método de análise conjuntural, aperfeiçoando cada vez mais seus indicadores, medidas e dados, quantificados de forma permanente e confiável. (...) Neste caso, trabalha-se com um conflito regulado entre múltiplos atores, em igualdade de condições e com objetivos comuns, ainda que competitivos. (...) Surgiriam, a partir daí, regularidades e constâncias na ação coletiva, dissolvendo-se o problema posto pela multiplicidade dos atores” (Fiori, 2003, p52/53).

BIRD, Banco Mundial ou mesmo a CEPAL, interferem na internacionalização da economia: reforçando relações de produção já existentes ou mesmo se abrindo para a colaboração aos países que transitaram da economia planificada para uma economia de mercado.

São instituições do dinheiro global, traduzindo a todo o tempo as moedas nacionais em uma espécie de equivalente universal (...) estas organizações e agências transnacionais dedicadas a sanear, orientar e dinamizar as economias nacionais e a economia internacional, nascem da crescente convicção de que os sistemas econômicos nacionais e internacionais não são auto-reguláveis (Ianni, 2005, p.93).

A partir de então que Ianni melhor desenvolve o que muitos já denominaram por *desterritorialização*. O capitalismo atual forma estruturas de poder econômico e político sem uma localização nítida. Parece flutuar sobre os Estados, fronteiras, nações, moedas, grupos ou partidos. A desterritorialização não se aplica somente a corporações transnacionais ou grupos monetários, mas também a grupos étnicos, movimentos políticos que atuam crescentemente em moldes que transcendem fronteiras e identidades territoriais específicas. “Envolve diásporas complexas que debilita os vínculos entre povos, riquezas e territórios, que por sua vez, tem alterado a base de muitas interações globais significativas e, simultaneamente, põe em causa a definição tradicional de Estado” (Ianni, 2005, p.95).

A financeirização e a desterritorialização apontam então para dois eixos interligados de discussão teórica. Um que denota autonomia da esfera do capital e outro que demonstra uma transição de soberania dos Estados. A essa fórmula atribui-se a perspectiva de crise que a globalização na atualidade traz consigo. Porém, a qualidade da “nova crise” é que ela pode vir a se deflagrar em qualquer lugar². A partir do

² A década de 90 está repleta de exemplos das crises mundiais. Os tigres asiáticos podem bem representar um desses aspectos. Não se poderia imaginar que esses países utilizariam de isenções fiscais, redução do custo de sua mão-de-obra e isenção de impostos para atrair a instalação de empresas estrangeiras com o intuito de se tornarem empresas multinacionais exportadoras em território asiático.

momento em que o capital assumiu padrões mais especulativos e o mercado se internacionalizou, tornou-se impossível coordenar ações que atendam a todos os interesses nacionais; isto porque “a especulação global se nutre da descoordenação” dos interesses dos Estados (Fiori, p.135, 1997).

Em última instância, há uma capacidade de, com pequeníssimas variações na política monetária, gerar descomunais reconcentrações patrimoniais ou transferências de riquezas de um lado para o outro (idem, 1997, p.135).

Cocco (2000) acrescenta um outro ponto de vista e nos diz que o novo modo de ser da riqueza contemporânea baseada em um capital financeirizado, não quer dizer que seja uma guinada antiprodutiva do capital, mas sim que este é o único meio que lhe restou para tentar retomar o controle sobre o trabalho. Um trabalho que atualmente independe do chão de fábrica e não necessita submeter-se ao capital produtivo – “trabalho que tende, cada vez mais, a tornar-se imaterial: intelectual, afetivo, tecnocientífico” (Negri & Hardt, 2005).

O “novo modo de ser” da riqueza contemporânea não se deve a uma guinada antiprodutiva do capital, mas é o único meio que lhe resta para tentar retomar o controle sobre um trabalho cujas dimensões produtivas independem, cada vez mais, de sua submissão ao capital produtivo e a seu chão fabril. No pós-fordismo é a essência do capital que é “fictícia” (parasitária) e, portanto, não tem mais condições de ser “real” (...) não é apenas o capital “fictício” que é improdutivo, mas o capital em geral que é cada vez menos capaz de ser “real”, ou seja, cada vez menos capaz de se pôr como condição necessária das combinações produtivas (Cocco, 2000, p.34).

Trabalho e emprego aparecem como noções desvinculadas, principalmente no pós-fordismo. “Hoje em dia, o desemprego é gerado tanto pela estagnação da economia quanto pelo seu crescimento” (Cocco, 2000, p.39). Aquilo que o desenvolvimento industrial produziu através do emprego às massas não funcionou como

uma integração cidadã, ou seja, de distribuição de renda e universalização dos direitos. “A dinâmica está completamente revertida. É a distribuição prévia da renda que pode permitir a universalização dos direitos, dos padrões de consumo e sobretudo da integração produtiva” (idem, 2000, p.39).

A partir de uma análise mais subjetiva do trabalho, o que Negri (2004) denomina no seu método como “história das lutas sociais” a crise do paradigma fabril taylorista e da integração fordista (pelo salário e pelo *Welfare*) deve ser explicada pela mutação na qualidade do trabalho, como “força-invenção” e não mais como “força-repetição” (algo tão valorizado na hegemonia fordista). O trabalho como “força-invenção” denota atividades em que o lastro cognitivo ocupa a centralidade nos processos de valorização da mercadoria. Essa dimensão cognitiva se traduz em duas operações efetivadas pelos trabalhadores. A primeira é a incorporação da cultura nas mercadorias que passam a ser compostas de estilos, modas, estéticas e preferências. A segunda operação é a incorporação da informação. Negri e Hardt (2004) analisam que cada vez mais o trabalho é feito por “ciborgues”, à medida que o uso das novas tecnologias de informação atravessa os modos de produção contemporânea, acelerando os processos de difusão da informação; então digitalizadas e circuladas através das redes globais de comunicação (como a internet) no interior dessa concepção de trabalho.

Assim, todo bem, todo produto é permeado por uma enorme carga de subjetividade e conhecimento incorporado na produção e absorvido no âmbito do consumo. A esfera do consumo, então, não se apresenta mais como a parte final da cadeia produtiva, mas como a esfera em que a subjetividade também se reproduz (Negri & Lazzarato, 2001). No lugar das forças de trabalho que se constituíam como uma medida de produtividade e valor nas teorias econômicas surge a incomensurável subjetividade do trabalhador posta a produzir.

A característica dessa produção que hoje se estrutura em rede “não é mais aquela de organizar ‘tempos e métodos’ do trabalho de fábrica ou de determinar as diferenciações de produtividade por meio de inovações produtivas (...) mas de proporcionar a ‘construção social do mercado’, em tecido produtivo autônomo” (Negri & Lazzarato, p.59, 2001). Ou seja, a transição que hoje presenciamos nas formas de gerir o trabalho leva-nos a verificar na afirmação dos autores que “o capitalismo não é mais o capitalismo da produção, mas do produto” (idem, p.64). Se o elemento principal da produção é o saber, logo, torna-se difícil mensurar o conhecimento, e as novas formas de produção tornam-se nômades, desenraizadas do território fabril. Um sintoma de economia em fluxo configura-se na produção, agora transformada em “rede de produção”.

A fábrica industrial definiu circuitos de cooperação no trabalho por meio da ordenação física dos operários na oficina. Cada operário se comunicava individualmente com seus vizinhos e a comunicação era, de modo geral, limitada pela proximidade física (...) a passagem para a produção informacional e para a estrutura da rede da organização faz com que a cooperação e a eficiência produtivas deixem de ser tão dependentes da proximidade e da centralização. As tecnologias da informação tendem a tornar as distâncias menos relevantes. (...) De fato, a rede de cooperação no trabalho não requer território nem centro físico. (Negri & Lazzarato, 2001, p.316).

O trabalho afirmou-se como força cooperante e dependente de relações de troca, as quais se tecem relações políticas de inovação. Poderíamos talvez por meio disto inferir que as migrações, parte deste processo de desenraizamento fabril, são também formas de resistência? Sobre este debate, Corsini (2004) escreve:

Podemos, além disso, também situar a migração como um fenômeno que não se restringe apenas à circulação de mão-de-obra, fluxos de movimentação da força de trabalho disponível para ser utilizada em outro lugar que não o lugar de origem. É migração com um sentido político, opção de saída (*exit*) em busca

de novas possibilidades de vida e de inserção produtiva; e a resistência por via da migração constitui historicamente uma linha de fuga para pessoas em todos os tempos e lugares, em um fluxo contínuo, nunca unidirecional, que reflete a incomensurabilidade, a irredutibilidade e a potência da atividade humana (Corsini, 2004, p.185).

Hoje, o tempo de trabalho confunde-se com o tempo da vida e isto faz com que a separação entre as fronteiras de criação, consumo e produção sejam tão próximas quanto porosas; pois a produção do trabalho também tornou-se produção da vida. Algo que Virno³ denominou por “virtuosístico”, pois neste trabalho contém a capacidade de surgir o novo e também fazer surgir diferentes alternativas de criação e resistência.

Se torna muito mais importante o tempo dos processos de formação do que o tempo de aplicação imediata à produção; tornar-se-á sempre mais importante o tempo das relações externas que alimentam o conhecimento e o empurram para atos e decisões mentais, mais do que acumulação de pequenas quantidades temporais de trabalho que não constituem, como ocorria no passado, a condição de decolagem da realização capitalista do valor (Negri, 2003b, p.93).

Corsini (2004) nos lembra que tradicionalmente o operário mostrava sua principal forma de resistência através da paralisação do trabalho, greves e boicotes que supunham uma organização a partir do tempo – tempo de trabalho. Hoje, quando o trabalho e a vida se confundem e a própria noção de tempo é subvertida, quais seriam as formas de resistência?

O imigrante que parte para um outro lugar torna-se um estrangeiro, um estranho em outro território. Sabemos que muitas vezes os trabalhadores que migram viajam em condição de pobreza, mas não significa que não possuam conhecimento, habilidades e capacidades criativas. Todo imigrante traz consigo um mundo, principalmente a riqueza do olhar mais respeitoso ao outro por estar condicionado a

³ Virno, Paolo. “Virtuosismo y revolución: notas sobre el concepto de acción política”. Disponível na internet: <<http://biblioweb.sindominio.net/pensamiento/virno.html>>. Acesso em 03/05/2007.

trabalhar em situações diversas. As migrações se transferem para as regiões mais ricas do mundo porque nela existe o desejo de mudança, de acumulação de conhecimento e a condição de mobilidade que é comum ao trabalhador do pós-fordismo. A riqueza que se ganha com o trabalho do imigrante é a certeza do desejo de algo mais. Talvez os movimentos migratórios em massa aconteçam pela fuga da condição de violência, fome ou pobreza⁴; mas nisso pode estar contido o desejo de riqueza, de produção, alegria, paz e liberdade.

Esse duplo ato de recusa e expressão de desejo é de uma força extraordinária. Fugir de uma vida de constante insegurança e imobilidade forçada é uma boa maneira de se preparar para enfrentar e resistir às formas típicas de exploração do trabalho imaterial. Ironicamente, os grandes centros globais de riqueza que atraem migrantes para compensar uma carência de suas economias recebem mais do que queriam, pois os imigrantes investem toda a sociedade com seus desejos subversivos. A experiência da fuga é como um treinamento para o desejo de liberdade (Hardt & Negri, 2005, p.181).

A produção nômade carrega o desejo em forma de potência construtiva, de um jeito tão forte como a potência que está implantada na pobreza. “A pobreza de fato não é simples miséria, mas é a possibilidade de muitíssimas coisas, que o desejo indica e o trabalho produz” (Negri, 2003b, p.47).

O imigrante é sempre aquele que chega para viver em outro lugar e decide romper com o seu lugar. Assim, “toda migração representa uma ruptura (saída), ruptura com um território e com uma população, uma ordem social, uma ordem econômica, uma ordem política, uma ordem cultural e moral” (Corsini, 2004, p.194). Essa dimensão política é representada na mobilização de fluxos e trocas populacionais, mestiçagem de

⁴ “As lutas dos pobres contra suas condições de pobreza não constituem apenas uma poderosa forma de protesto, mas também afirmações do poder biopolítico – a revelação de um “ser” que é mais poderoso que seu miserável “ter” (Hardt & Negri, p.183, 2005). A luta dos pobres assume um caráter mais geral e biopolítico e tende a ser global. Projetos como os da renda mínima no Brasil demonstram essa luta para tentar resguardar minimamente a sobrevivência. Na África do Sul, os movimentos sociais recentemente lançaram mão do slogan: “Não somos africanos, nós somos os pobres” (idem, 2005).

culturas, modos de vida. Está no movimento das populações e aponta para uma maior capacidade de integração cultural. Daí que Corsini (2004) a aponta como uma forma também de resistência.

O poder capitalista, que sempre deve ser reterritorializado, deve agora conviver com o trabalho imaterial, “uma categoria que permite precisamente compreender a fundo essa plasticidade da nova força de trabalho” (Negri, 2001, p.47). Ainda que a financeirização da ordem global seja a última cartada dada pelo capitalismo atual, ela agora se defronta com a possibilidade de ser derrubada por esses novos movimentos vindos do deslocamento do trabalho.

1.2 - A livre circulação do trabalho: o caso da União Européia

A integração regional entre países opera transformações progressivas para ampliar o leque de relações comerciais. O processo de unificação em blocos mundiais envolve procedimentos de aproximação, convergências e harmonizações de políticas e regulamentações que resultam no fim de barreiras tarifárias e institucionais. Isso significa a possibilidade que, no campo social, os direitos e as garantias de cidadania ultrapassem os limites geográficos e legais das instituições de cada país e passem a ser compartilhados por um bloco.

A partir da década de 90, com a transformação do Mercado Comum Europeu em União Européia,⁵ formaliza-se uma experiência de integração supranacional até então nunca vista na história mundial. O marco inicial da unificação do continente ocorre em 1993, com a entrada em vigor do Tratado de Maastricht, quando a Europa apresenta suas primeiras reformas institucionais destinadas a facilitar a formação de um espaço “sem fronteiras”, em que não só a livre circulação de pessoas, capitais, serviços e mercadorias fossem asseguradas, mas a coesão entre diversas regiões e grupos fosse fortalecida através de uma moeda unificada para toda a região, disciplinando as economias dos Estados-membros. A adesão gradual dos países e a

⁵ “Ao entrar em vigor, em 1 de Novembro de 1993, o Tratado da União Européia, assinado em 7 de Fevereiro de 1992 em Maastricht, confere uma nova dimensão à construção europeia. A Comunidade Européia (o Tratado de Maastricht substituiu o nome Comunidade Económica Européia), fundamentalmente económica nas suas aspirações e no seu teor, passa a estar integrada na União Européia baseada, doravante em três pilares. O pilar comunitário (a Comunidade Européia e a Comunidade Européia da Energia Atómica), regido pelos procedimentos institucionais clássicos, faz intervir a Comissão, o Parlamento, o Conselho e o Tribunal de Justiça; gere essencialmente o mercado interno e as políticas comuns. Os outros dois pilares envolvem os Estados-membros em domínios caracterizados até então como sendo da competência exclusivamente nacional: a política externa e de segurança, por um lado, e os assuntos internos, tais como a política de imigração e de asilo, a polícia e a justiça, por outro. Trata-se de um progresso importante, na medida em que os Estados-membros consideram que é do seu interesse cooperar mais estreitamente nestes domínios, como forma de afirmar a identidade europeia no mundo e de assegurar uma melhor protecção dos seus cidadãos contra a criminalidade organizada e o tráfico de drogas. Mas o que os cidadãos recordarão do Tratado de Maastricht será provavelmente a decisão que trouxe maior impacto prático à sua vida quotidiana: a realização da União Económica e Monetária. Desde 1 de Janeiro de 1999, a UEM reúne todos os países que cumpriram um determinado número de critérios económicos destinados a garantir a sua boa gestão financeira e a assegurar a estabilidade futura da moeda única: o euro”. Sobre isso, ler o verbete União Européia, disponível na internet: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Uni%C3%A3o_europ%C3%A9ia>.

revisão dos Tratados levaram à formulação de políticas públicas para além dos limites dos Estados-Nação, constituindo uma forma de soberania que migra rumo a um aparelho transnacional. Segundo Giovanella (2006, p. 04), para promover a coesão económica e social europeia, a integração impôs a implantação de esquemas institucionais supranacionais e mecanismos de redução de desigualdades territoriais e sociais.

A livre circulação de pessoas nesses países da UE provocou uma agenda que propunha a adoção de medidas de proteção social em cada um dos países onde ocorriam um forte fluxo de migrações. Somente em 1999, através do Tratado de Amsterdã, vários aspectos fundamentais que ficaram pendentes após Maastricht se regularizaram, em particular, as questões ligadas o emprego, a livre circulação de trabalhadores os direitos sociais daqueles que estavam como imigrantes no território.

A institucionalização do direito à *livre circulação do trabalho* ocorre após longos anos de pressão política dos trabalhadores europeus junto ao Estado. Isso porque, desde a década de 60, a Europa debate o deslocamento do trabalho como agenda, no entanto, suas preocupações iniciais destinavam-se primeiramente aos trabalhadores que encontravam-se em zonas fronteiriças. Estes tinham algumas salvaguardas jurídicas, como por exemplo, o direito à procura por emprego em cidade fronteiriça de outro país membro; o direito ao exercício do trabalho fora de seu país de origem; residir e permanecer no território onde trabalha; direito ao tratamento igualitário no que se refere às condições de empregabilidade e segurança⁶. Contudo, as outras categorias profissionais não gozavam desses direitos, exceto os profissionais da indústria, do comércio e das artes, segundo as diretrizes dos Artigos 49 e 57 do Tratado da Comunidade Europeia. Mas vale à pena ressaltar que, mesmo se essas categorias

⁶ Retirado do documento produzido pela UE: *Free Movement of Workers and the Principle of Equal Treatment*. Disponível em: <http://ec.europa.eu/employment_social/free_movement/index_en.htm>. Acesso em 02/03/2007.

privilegiadas pelo tratado, se deslocassem de forma constante, indo e voltando ao seu país de origem, não receberiam a liberação como “trabalhador europeu”. Somente a partir da década de 90, com a emergência da União Européia, que se abarcou o desejo de desvinculação do trabalho a uma identidade nacional, quando a condição de igualdade laboral foi assegurada na legislação supranacional da UE.

Contudo, a livre circulação do trabalho não foi instituída na União Européia assim de forma livre. A falta de harmonização das qualificações e formações universitárias, por exemplo, foi uma das dificuldades encontradas para que as migrações pudessem ocorrer de forma mais intensa no interior do bloco. Isso só foi sendo superado paulatinamente quando a União Européia determinou aos Estados membros que adequassem o diploma do imigrante à especificidade do conhecimento local. Isto aconteceu através da criação de cursos de nivelamento. Todos os países disponibilizavam conhecimentos que complementavam aqueles outros que os imigrantes tiveram na graduação de seus países de origem. De forma prática, um enfermeiro de Portugal só poderia atuar na Inglaterra depois que passasse por um curso de nivelamento e adequação neste país. Essa adequação do diploma à especificidade dos países ampliou a possibilidade de circulação da mão de obra pelos Estados da União Européia. Para incentivar essa circulação, a UE criou em 2002 o “Espaço Europeu de Aprendizagem Permanente”, localizado em 17 países e cuja função é de uniformizar as competências dos imigrantes por meio de cursos e treinamentos oferecidos. Além disso, também em 2002, os ministros da educação de 31 países do bloco (estados membros e candidatos) aprovaram a Declaração de Copenhague sobre a cooperação uniformizada de ensino para transparência no reconhecimento de diplomas e qualificação da formação profissional. Um programa de nome “Leonardo da Vinci” foi criado para apoiar e

complementar as iniciativas dos Estados membros para a cooperação transnacional de formação profissional”⁷.

A partir do momento que a força de trabalho é posta a circular na Europa, uma nova questão se impõe na vida do imigrante trabalhador: a permissão para o exercício profissional também autoriza a vinda de seus familiares? Daria a eles o mesmo aparato de proteção social?

Nem todos os direitos sociais se aplicam aos familiares, somente a educação e em alguns casos pode-se conseguir vantagens acrescidas no salário. Apenas duas garantias estão efetivamente em vigor: o familiar pode habitar junto com o trabalhador que se deslocou e, pode obter prerrogativas para também trabalhar no território onde está atualmente acompanhando seu outro familiar. O não acesso a todas as políticas públicas, como o caso da saúde⁸, é o que se julga restringir o movimento também de familiares. Isto porque a consulta a um atendimento mais especializado não é garantido pelo Estado que o recebe, gerando assim uma barreira concreta para que o imigrante trabalhador se fixe com a família no lugar para onde migrou.

1.3 - A livre circulação dos profissionais de Saúde na União Européia

Ao aumentar a “livre circulação” da imigração, os países da União Européia se depararam com a necessidade de ampliar um novo regime de proteção social. No caso das políticas de saúde, então o objeto dessa tese, esse fluxo imigratório pressionou a ampliação dos cuidados ao imigrante⁹ para que os países pudessem suportar a

⁷ Sobre isso ler o documento produzido pela UE: *Reconocimiento y transparencia de las cualificaciones*. Disponível na Internet: <http://ec.europa.eu/education/policies/rec_qual/rec_qual_es.html>. (Recuperado em 02/03/2007).

⁸ O documento *Providing safeguards and guarantees limiting the power of Member States to restrict the fundamental right to free movement within the EU* foi produzido pela União Européia e está disponível na internet em seu site: Recuperado em 02/03/2007:

<http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/citizenship/public/fsj_citizenship_public_en.htm>.

⁹ O cuidado ao imigrante será melhor debatido no Capítulo II.

circulação dos trabalhadores. O curioso é que esses cuidados passaram a ser elaborados e prestados também por trabalhadores imigrantes – profissionais de saúde cuja principal qualidade residia na capacidade de vivenciar a mesma experiência daqueles que eram por eles atendidos: o êxodo do território nacional.

O papel desses profissionais da saúde imigrantes é tão importante, que os marcos legais da União Européia atestam para esse grupo de trabalhadores o status de “reconhecimento automático”: médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, parteiras, arquitetos e veterinários recebem o reconhecimento imediato para atuar em outro Estado-membro da UE, deliberado a partir da legislação comum, após um treinamento mínimo uniformizado.¹⁰ O imigrante foi posto oficialmente a produzir. E a complexidade do sistema supranacional europeu aparece na Saúde através de uma necessidade emergente de cuidado e vigilância daqueles que circulam em seu território.

É nesse contexto que a validação dos diplomas da área de saúde é tornada uma urgência, alcançando prioridade entre as profissões que são consideradas na legislação por “reconhecimento público” de sua necessidade. As primeiras profissões da saúde que obtiveram esse título foi medicina, odontologia e enfermagem. Mas esse reconhecimento não significava uma circulação automática pelo território supranacional. Segundo Gerlinger (2006), para a medicina, por exemplo, a União Européia exige aos seus Estados-membros que receba o profissional que curse cinco anos de graduação com 5.500 horas, além de elaborar treinamento e capacitação para esses profissionais no país que o recebe.

Esse processo de treinamentos exigidos pela União Européia busca criar uma uniformidade das qualificações, desenvolvendo competências que adequem a formação original à realidade local. Contudo, se um profissional imigrante tem suas

¹⁰ O documento produzido pela União Européia: *Recognition of diplomas in the European Union* está disponível em: <http://ec.europa.eu/education/policies/rec_qual/recognition/in_en.html> (Recuperado em 02/03/2007).

qualificações profissionais consideradas como insatisfatórias, o país que o recebe tem a permissão para recusá-lo. Ou seja, a formação profissional do estrangeiro sempre estará sob avaliação de todos os países, e a prática profissional sempre deverá obedecer a certas condições que são impostas. Mesmo assim, nem todos os diplomas são avaliados, pois, até 2004, somente os que pertencem aos países membros da União ou que obedecem a uma listagem de aproximadamente 50 especializações que o país de origem necessita recrutar teriam suas solicitações avaliadas. Após o ano de 2005 o Parlamento Europeu e o Conselho Europeu reconheceram cerca de 150 profissões¹¹ (na área da Saúde) como necessárias para serem arregimentadas entre os imigrantes que por ventura vierem a se candidatar (Gerlinger, 2006).

O primeiro impacto dessa liberação atingiu a Universidade desses países, que passam paulatinamente a assumir uma formação acadêmica mais generalista e uniformizada, do ponto de vista do conhecimento aplicado em uma atividade profissional. Logo, um saber comum é projetado para facilitar o deslocamento dos profissionais.

No campo da saúde, os profissionais passam a pleitear, através de suas categorias de representação, associados a ONG's da área da saúde, o reconhecimento mútuo de diplomas entre os Estados-membros da União Européia. As razões atribuídas para o surgimento do movimento são variadas. Pelo lado do trabalho, a luta gira em favor de tornar comum um conhecimento, diminuindo o estigma de “trabalhadores de baixo valor” que passam muitos imigrantes, como os do Leste Europeu, quase sempre qualificados por conter uma formação acadêmica inferior. E ter uma qualificação inferior significa possuir condições inseguras de trabalho, reduzido acúmulo de

¹¹ A medicina teve seu reconhecimento considerado automático no ano de 1983, desde que obedecesse aos critérios de tempo de graduação e origem européia da diplomação. Outra característica comum entre os países para os médicos era a validação de um país para o outro: se o imigrante europeu obteve o reconhecimento de seu diploma em um país europeu, ele deve ser reconhecido por outro país europeu caso o médico em questão venha a imigrar novamente (Gerlinger, 2006).

conhecimentos técnicos e carga horária excessiva com salários baixos. Um enfermeiro polonês trabalha muito mais horas por um salário inferior ao de um enfermeiro alemão com uma carga horária de trabalho menor.

Do ponto de vista dos Estados mais ricos da Europa, a harmonização dos diplomas se justifica pelo temor da perda da qualidade de seus serviços ao ser invadidos pela mão-de-obra imigrante. Pensar a livre circulação de profissionais da saúde representa colocar na agenda a harmonização das políticas de recursos humanos em saúde.

Entre o discurso do Estado e o discurso do trabalho há uma realidade concreta; como analisa Frommel (2002) a imigração não foi causada apenas pela pobreza, pelos imperativos de sobrevivência ou, até mesmo pela evolução dos comportamentos¹². Ela resulta, antes de tudo, do sentimento que os países do norte oferecem aos profissionais qualificados: um modo de vida e um desenvolvimento da carreira correspondente ao seu saber. A instabilidade da cena política, as prevenções étnicas, as insatisfações profissionais (o peso da burocracia, remuneração desatualizada, apadrinhamento, isolamento), a distância entre o aprendido e o que se pode realizar e a vida familiar representam muitas vezes fatores mais decisivos que a atração por vantagens materiais.

Frommel (2002) aponta que o que faz um médico exercer suas funções em outro país (principalmente os desenvolvidos) são condições muito complexas, por exemplo, a lembrança de uma “medicina triunfante”, curativa e necessariamente eficaz. Essa visão, freqüentemente ocultada, afeta tanto o norte, quanto o sul do planeta, e reside na crise persistente do pensamento médico, engendrando frustrações quando os meios materiais falham. Não diagnosticar com o auxílio de alguns exames laboratoriais, não poder receitar o medicamento apropriado, não poder seguir as regras indispensáveis

¹² Frommel, Dominique. *O mercado da saúde e roubo de cérebros*. Publicado no Le Monde Diplomatique Brasil. Disponível na internet: <<http://diplo.uol.com.br/2002-04,a275>> (Recuperada em 03/05/2007).

de higiene é o destino de uma grande parte dos profissionais de saúde que trabalham nos países em vias de desenvolvimento. Aqueles que podem tentar a imigração confrontam-se com o dilema de permanecer em seu território ou fiel à sua função de curar. O êxodo de inúmeros profissionais da saúde da região sul criou o que Frommel (2002) denominou por *apartheid sanitário* – verdadeiros desertos de produção sobre a saúde.

Por último, o autor ainda destaca que os profissionais da saúde que estão fora de seus países de origem ainda assim estão contribuindo para o desenvolvimento de seus territórios. Daí viria a formação de um “novo pacto”, onde as estratégias e modalidades de cooperação deverão levar em conta a diversidade de suas realidades e desafios em curto e longo prazo. Alguns países formam mais profissionais do que podem empregar (Cuba, Egito, Espanha, Israel, Filipinas...) e outros formam um número insuficiente para respeitar a proporção profissional/habitante considerada satisfatória. Por isso, a migração dos profissionais da saúde não reside unicamente na possibilidade dos países limitarem ou não a mobilidade individual.

Recentemente, a Associação dos Enfermeiros da União Européia se pronunciou¹³ alegando não ter nenhum controle sobre o número de profissionais que abandonam seus países de origem, e também afirmando que não possuem nenhum registro detalhado e nem confiável sobre as condições de trabalho a que estão submetidos seus profissionais em vários países. Certamente, sugere a Associação¹⁴, “estão trabalhando em condições de trabalho piores, com baixos salários e com grande possibilidade de voltarem para casa”. O único controle estabelecido é o número do registro profissional nos órgãos nacionais de representação da categoria e a informação para onde migraram. Entretanto, a própria Associação afirma ser a migração necessária,

¹³ Retirado do documento: *Free movement of professionals: opening up opportunities or perpetuating problems?* Disponível em: <http://www.epha.org/a/521?var_recherche=nurse>. Acesso em 03/05/2007.

¹⁴ A Associação dos Enfermeiros Europeus representa hoje cerca de 750.000 profissionais da enfermagem.

pois a Europa não tem reproduzido sua força de trabalho de forma suficiente a suprir a necessidade do profissional responsável pelos cuidados em saúde.

Outra interessante análise da circulação dos profissionais é feita por Blanchet e Keith¹⁵ (2006). Para os autores, o fenômeno acontecido na Europa, Estados Unidos e Canadá se resume ao envelhecimento de toda sua população. Esses países optaram por atender a uma demanda crescente vinda do envelhecimento populacional em massa e não tiveram condições de formarem e capacitarem novos recursos humanos. Para isso, a alternativa mais rápida e mais barata seria a captura desses profissionais nos países do Sul, onde os trabalhadores são flexíveis pelas condições adversas que o formaram e, também, mostram-se dispostos a trabalhar em horários noturnos, recebendo salários mais baixos e trabalham em um número maior de turnos.

Na interpretação feita pelos autores: “a África forma e a Europa seduz”. Se um trabalhador do leste europeu possui o seu poder de consumo reduzido, o profissional africano tem sua rentabilidade mais inferior ainda. Na perspectiva de um bom emprego, de melhores tecnologias como ferramenta de trabalho e de melhores condições de vida para suas famílias, o trabalhador se desloca para produzir.

Alguns países do continente africano adotaram punições durante a década de 90 para aqueles profissionais que abandonassem seus países, como a retenção do diploma, a proibição para atuar em serviços públicos se retornasse ao país de origem, ou mesmo altas taxações sobre a emissão de documentos necessários ao exercício profissional em território estrangeiro. Essas medidas, na contramão do esperado, acabaram por desencorajar o retorno dos profissionais ao país e recrudesceram os conflitos sociais (greves, absenteísmo) entre os profissionais de saúde e o governo. Atualmente essas alternativas são substituídas por “premiações” aos profissionais que

¹⁵ Sobre isso ler Karl Blanchet e Regina Keith no *Le Monde Diplomatique Brasil. A África enfrenta o êxodo de médicos*. Disponível na internet: <<http://diplouol.com.br/2006-12,a1454>> (Recuperado em 03/05/2007).

permanecem, como acréscimos em salário, auxílio moradia, pagamento de despesas com a educação de seus filhos etc (Blanchet e Keith, 2006).

Nos anos 2000, com a incorporação de países do Leste Europeu à União Européia havia o receio de que uma forte imigração dos trabalhadores do leste para os países mais desenvolvidos do continente. No caso da saúde, essa expectativa era ainda maior porque a União Européia decretou estado de alerta em toda região por causa de possíveis ataques de bioterrorismo, e solicitava que profissionais de saúde se deslocassem para os países mais suscetíveis ao bioterrorismo. Contudo, não houve a imigração em massa desses profissionais. Na Alemanha, em 2003, quando a lei que estimulava o deslocamento do trabalhador da saúde começou a vigorar, existia cerca de 340 mil médicos atuando em território alemão, e destes, apenas 2.500 eram médicos de nacionalidade dos países do leste europeu (0,8%). Ou seja, a livre circulação de profissionais da saúde não gerou uma imigração massiva dos países emergentes europeus como se previa, mesmo com incentivos da UE (Gerlinger, 2006). Podemos enumerar, no mínimo, três razões para isso. A primeira é a dificuldade do idioma enfrentada pelo imigrante. O sucesso de uma intervenção profissional na área da Saúde está na possibilidade de estabelecer vínculos, confiança na relação profissional através da comunicação estabelecida. A área da Saúde possui a característica de priorizar o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional. O idioma comum estabelece um nivelamento na comunicação e uma situação de horizontalidade na relação. O idioma diferenciado traduz uma cultura diferenciada e a sensação de insegurança principalmente para os pacientes.

Mas esse é um discurso ambíguo, pois que o argumento da diferença social, posição cultural ou barreira linguística não é menos racista do que a teoria biológica que defende o conceito de raça. Ambos, o discurso da cultura e o discurso biológico, partem do mesmo princípio, o princípio da segregação social.

O argumento que se diz anti-racista aparece escamoteado pela defesa da igualdade cultural para permitir o exercício profissional de técnicos que trabalham com a vida – como o caso dos trabalhadores da saúde. A transição para o “racismo pós-moderno” está exatamente neste paradigma: a mudança do paradigma biológico-racista dominante para uma teoria baseada na cultura. Sangue e gene aparecem como uma condição de *igualdade* para toda a raça humana; agora o que se torna uma barreira da *diferença* é a cultura. “Com a passagem para o Império, entretanto, as diferenças biológicas foram substituídas por significadores culturais como a representação mais importante do ódio e do medo raciais” (Hardt & Negri, p.211, 2001). Assim, quando levanta-se a proibição estatal através de barreiras burocráticas para que esses profissionais da saúde não consigam jamais atuar profissionalmente o discurso que embasa a decisão não é uma barreira de sangue, mas algo relativista e culturalista. E a sociedade inteira se defende sob a proteção de um argumento que se apresenta como anti-racista.

A segunda razão para conter a livre circulação deriva das características das políticas de trabalho dos Estados. Alguns países, após a absorção da circulação dos profissionais da saúde pelo Conselho Europeu, restringiram a admissão de trabalhadores para após cinco anos de pactuação da União Européia. A barreira aos vizinhos foi uma medida tomada por países como a Áustria. Este período ainda podia ser estendido por mais dois anos. Pela regulação da União Européia, cabe ao país dizer se aceita ou não a livre circulação de profissionais em seu sistema de saúde. A Grécia e a Espanha, por exemplo, optaram por limitar seus números de médicos e enfermeiros, pois alegam possuir um grande contingente das categorias profissionais com alta qualificação, porém sem empregos.

Na Inglaterra, a situação era diferente, pois que recebe o maior número de profissionais da saúde do continente europeu, especialmente enfermeiros e médicos. No

passado, os profissionais da saúde na Inglaterra eram recrutados da África do Sul, Filipinas ou Austrália. Em 2002, cerca de 50% dos profissionais da saúde ingleses eram estrangeiros, destes, 13% dos enfermeiros vinham de outros países também europeus. Segundo Gerlinger (2006), a Inglaterra tem uma tradição em “importar” profissionais, até pela facilidade de usufruir de grande parte dos conhecimentos produzidos mundialmente em língua inglesa na área da saúde.

As relações de trabalho na Alemanha se distinguiam desses países. Lá paga-se ao médico por ato médico realizado. Já na Espanha o mesmo médico recebe um salário fixo para trabalhar com uma carga horária pré determinada. Logo, temia-se a imigração para a Alemanha, pois além de ser considerado um país central, o médico recebe melhor pelo seu trabalho em uma medicina baseada em evidências e tecnologicizada como a atual.

Uma terceira razão que dificulta a livre circulação do trabalho se remete às barreiras burocráticas estabelecidas para que o usuário não se desloque no continente. A constante possibilidade de cruzar a fronteira com “facilidade” também gera a possibilidade do usuário utilizar dos serviços de saúde em qualquer território. Pode-se requisitar tratamento em qualquer país que esteja na União Européia; ou mesmo poderá escolher realizar o acompanhamento e a terapêutica em um país que o serviço seja mais barato ou até mesmo gratuito.

Contudo, essa movimentação encontra algumas barreiras burocráticas para evitar o deslocamento dos profissionais estrangeiros, por exemplo: a criação de um atestado de permissão emitido pelo país de origem do trabalhador para que ele se estabeleça em determinada instituição ou mesmo para iniciar trabalhos autônomos na prestação de serviços de saúde em domicílios ou clínicas particulares de um outro país. A norma se sustenta no discurso de que é preciso proteger os serviços locais para evitar a competição com serviços estrangeiros. Porém, essa parece ser uma norma que tende a

mudar. A Comissão do Parlamento Europeu providenciou a apresentação de um projeto de lei para o ano de 2007 que contém uma proposta para a proibição de requerimentos arbitrários, caso se queira estabelecer a prestação de serviços de saúde em países estrangeiros. Ou seja, proibir pré-requisitos que contenham excessos de burocracia para estabelecer barreiras definitivas nos serviços de saúde. O projeto de lei deve prever o respeito aos acordos entre os países na área da Saúde, dependendo da pactuação (ou não) por parte do país que receberá o imigrante.

1.4 – Por um Sistema de Proteção Social Global: dos movimentos de Seattle ao Fórum Social Mundial

“O desafio é que não tem uma liderança central ou estrutura de comando; tem muitas cabeças, e é impossível decaptar”.
(Relatório militar americano sobre o levante zapatista)

“Os militantes atuais não são tão ingênuos a ponto de acreditar que a mudança virá de uma urna eleitoral”.
(Naomi Klein)

Durante a década de 90, enquanto a União Européia tentava demonstrar um concreto sistema de proteção social supranacional, neste mesmo período histórico, abre-se um novo ciclo de lutas sociais caracterizado pela atuação global de militantes em prol de um processo de globalização mais inclusivo, o que significava a construção de pactos voltados à redução da pobreza, à democratização dos conhecimentos e a remodelação do direito à propriedade intelectual e às patentes, à livre circulação do trabalho, à conformação de políticas públicas que articulasse os interesses globais e locais de universalização dos direitos. Estas, entre muitas outras agendas, se articulavam em torno dos efeitos locais de um processo global de privatização da vida instituído por um modelo neoliberal¹⁶ levado a cabo por corporações globais, Estados e instituições supranacionais (Grupos dos Oito, Organização Mundial do Comércio, Fundo Monetário Internacional ou ainda pelo Banco Mundial).

¹⁶ “A mudança do sistema intervencionista "keynesiano"-“desenvolvimentista”, que vigorava anteriormente na maior parte do mundo capitalista, para esse “novo sistema” neoliberal não era inevitável; ao contrário, a globalização neoliberal foi um processo escolhido pelas elites político-econômicas mundiais, especialmente as dos Estados Unidos e Grã-Bretanha, por estas acreditarem que esse processo melhor atenderia a seus interesses econômicos do momento turbulento que atravessam (Crotty, 2002). [14] Os defensores da globalização neoliberal usaram em seu discurso “globalista-liberalizante” a teoria econômica “neoclássica”, que reza que, em não havendo intervenção econômica governamental excessiva, tanto as economias nacionais quanto a economia mundial operará de forma eficiente, conforme os modelos dos mercados “perfeitamente competitivos” constantes dos livros-texto escolares de economia”. Sobre a definição básica do neoliberalismo, ler *Neoliberalismo*. Disponível na internet em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Neoliberalismo>>.

Essas lutas globais contra o neoliberalismo têm como marco inicial¹⁷ a contestação radical que ocorre nas ruas de Seattle em 30 de novembro de 1999, quando milhares de militantes bloquearam¹⁸ o acesso dos delegados ao encontro da Organização Mundial do Comércio na cidade, fazendo com que a chamada Rodada do Milênio¹⁹ fosse cancelada. Cerca de 50 mil pessoas, de 144 países diferentes, ocuparam a cidade americana, dando origem aquilo que os militantes denominaram de *o movimento dos movimentos* e a *Batalha de Seattle*.²⁰ Eram sujeitos advindos dos mais distintos movimentos: ambientalistas, sindicalistas, feministas, pacifistas, representantes do

¹⁷ Há aqueles que remetem ao Movimento Zapatista o marco das lutas contra a globalização neoliberal, por ser ele organizado em uma estrutura de rede e identificado por um forte desejo de liberação da máquina neoliberal. O Exército Zapatista de Libertação Nacional em Chiapas era composto por pessoas que aprenderam a evitar líderes carismáticos repletos de panacéias ideológicas. Nele não havia uma lealdade partidária, ao contrário, são membros de um grupo que se orgulhava por sua autonomia e sua ausência de hierarquias. Pessoas sem identidade lutando por uma causa comum (Klein, 2003). Chiapas contou com o apoio de pequenos agricultores, estudantes, militantes que se uniam durante o itinerário de sua caminhada de revolução camponesa. O Exército Zapatista não tinha um comandante, mas encontravam-se nas próprias comunidades, através de conselhos clandestinos e assembléias totalmente abertas.

¹⁸ Uma das formas de bloqueio tratava-se de dividir os militantes em pequenos grupos que ficava sentados nas ruas em torno dos hotéis onde se localizavam os delegados da OMC, impedindo-os de circular. O então Secretário Geral da ONU, Kofi Annan, a Secretária de Estado dos EUA, Madeleine Albright, e a representante comercial norte-americana, Marlene Barchevsky – que devia fazer o discurso de abertura – ficaram presos em seus hotéis.

¹⁹ Na época, a “Rodada do Milênio” estava a ser aguardada como o momento de ampliação da liberalização do comércio internacional, o que interessava principalmente às nações mais ricas. Os países emergentes estavam realizando uma série de críticas por excluí-los das rodadas de negociações, impondo um sistema injusto de comércio a esses países. Como uma crítica a Rodada, “*uma declaração de membros da sociedade civil, que se posicionavam contra um “mercado global” circulou, basicamente pela internet, através da lista de discussões: Stop WTO Round (Pare a Rodada da OMC) e foi impulsionada por um grande número de organizações sociais, mais de 1500 entidades de cerca de 89 países aderiram à carta (TADDEI, 2001). Os preparativos incluíram, inclusive, treinamentos em técnicas de “protesto não violento” organizados pelo coletivo Direct Action Network (Rede de Ação Direta). Encenações e apresentações festivas também deram um tom irreverente ao protesto, que foi antecedido, a partir de 26 de novembro, por uma série de seminários, reuniões, colóquios e encontros, entre ativistas, associações e redes em sua maioria da Europa, Austrália, Índia, EUA, Canadá e com pouquíssima frequência da África, Ásia e América Latina*”. Sobre isso ler, RABELLO, Ana Maria Prestes. *Um olhar sobre o movimento social global*. Artigo recuperado em 15/02/2007. Disponível em: <<http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VCSA-6XYQDP>>.

²⁰ O evento logo foi batizado como *batalha de Seattle* pela imprensa norte-americana: “*Milhares de manifestantes de organizações não-governamentais, sindicatos e ambientalistas saíram às ruas ontem para protestar contra os efeitos da globalização. Estima-se que cerca de 50 mil críticos do capitalismo global chegaram à cidade no final de semana, numa manifestação que está sendo chamada de “Batalha de Seattle”. A polícia teve que intervir quando a multidão se dirigiu para o centro de conferência da OMC, que foi fechado por algumas horas para uma inspeção da polícia. Houve protestos contra o trabalho infantil, a produção de alimentos transgênicos e a destruição do meio ambiente. O ponto comum defendido pelos manifestantes é que o livre-comércio apregoado pela OMC não é justo, especialmente no que diz respeito aos trabalhadores nos países pobres. Os manifestantes acusaram a OMC de degradar o meio ambiente do planeta e impedir o desenvolvimento de muitos países*”. Sobre isso ler, *Protestos marcam encontro da OMC*. BBC Brasil. Disponível na Internet: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/esp_seattle_rodad_30.11.htm>. Acesso em 15/01/2007

campesinato e dos índios, religiosos ou ainda militantes pelos direitos humanos.²¹ A ocupação da cidade provocou uma onda de conflitos entre militantes e polícia, fazendo com que o governo local decretasse estado de emergência e toque de recolher na cidade. “Quem são essas pessoas?” Foi a pergunta feita por vários americanos que nunca tinham visto militantes vestidos de tartarugas-marinhas (Klein, 2003).

A *Batalha de Seattle* inova na forma de organização dos protestos por utilizar o conceito de afluência e a lógica de rede como estrutura de ataque. “A afluência (swarming) é um modo estratégico – de aparência amorfa, mas deliberadamente estruturado e coordenado – de golpear, vindo de todas as direções, um ponto particular ou vários pontos por meio de uma pulsação sustentável de força ou de fogo mantida a partir de uma posição de resistência próxima” (Antoun, 2004, p.219).

Arquila e Ronfeldt (2001) decretaram essa nova forma de ação como uma sofisticada doutrina de guerra em rede (*netwar*).²² No caso de Seattle, os participantes eram convidados a se organizarem, a partir de sua própria escolha, em pequenos grupos de afinidades (5 a 20 pessoas) – equipes auto-suficientes, pequenas e autônomas, de pessoas que partilham certos princípios, objetivos, interesses, planos ou outras similaridades que as tornassem capazes de trabalhar bem juntos. Cada grupo decidia por si quais ações seus membros iriam responsabilizar-se, abrangendo teatro de rua (na

²¹ La OMC decide suspender la inauguración y comenzar precariamente las deliberaciones. La ciudad se ha vuelto un completo caos. La violencia en las calles se ha descontrolado y los gases lacrimógenos inundan la ciudad llegando hasta 10 kilómetros del centro. Esa noche las autoridades locales declaran el estado de emergencia y el toque de queda. El martes 1 de diciembre el Presidente Clinton llega a Seattle y declara públicamente que está de acuerdo con los manifestantes. El gobierno estatal envía a la Guardia Nacional y grupos SWAT. Se declara ilegal la posesión, venta o transferencia de máscaras de gas en la ciudad y se prohíben todos los actos y marchas. El centro es cercado y se establece un área de seguridad al que los manifestantes no pueden acceder (a partir de entonces la "zona de exclusión" se volverá una práctica habitual en las reuniones de ciertos organismos internacionales). Las batallas campales durarán tres días más con una extensión que EEUU no veía desde la década de los 1960 con las acciones contra la Guerra de Vietnam. (Wikipedia. N-30. Disponible na internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Disturbios_en_Seattle_de_1999).

²² Esse conceito, dos mesmos autores, foi praticado na ocupação do Iraque, quando pequenos grupos de soldados atacaram de várias posições, sincronizados, o mesmo alvo mas em várias posições no espaço. Além disso, desenvolveu-se todo um método de como quebrar uma rede (no caso do terrorismo), concretizada na lógica matemática em que uma rede é eliminada se cerca de 30 a 40% de seus nós forem desativados e desconectados.

época, muitos militantes fantasiavam-se de tartarugas) ao risco de serem presos. Diferentes pessoas em cada grupo assumiam diferentes funções mas todo o esforço era feito para acentuar o fato de que nenhum grupo tinha um líder único. Tudo isto era coordenado em um encontro de um conselho de porta-vozes para onde cada grupo envia um representante e as decisões são alcançadas através da consulta democrática e do consenso. A Batalha de Seattle usava aquilo que os teóricos da comunicação chamam de redes de todos os canais (*allchannels*), uma organização que permite a comunicação e interação de cada nó da rede diretamente com qualquer outro nó. É a doutrina da resistência sem líder²³. “Usando este conceito herdado da experiência da sedição na revolução americana, a rede se organiza através de células fantasmas e da ação individual de seus membros como homens do momento (*minutemen*), de modo que os grupos e indivíduos operam independentemente uns dos outros sem nunca se remeter a um quartel central ou líder único” (Antoun, 2004, p.219).

Se compararmos com os movimentos de décadas não muito distantes, conseguimos perceber a novidade que esses movimentos trazem em sua organização. Antes, os protestos e as revoltas seguiam dois modelos primordiais: o primeiro e mais tradicional formado pela luta a partir de uma identidade, uma unidade organizada sob uma liderança central – como a de um partido. A história política das lutas operárias está repleta de modelos que aconteceram desta forma. O segundo modelo, de forma oposta ao primeiro, baseia-se no direito de cada grupo expressar sua diferença e conduzir de maneira autônoma sua própria luta – esse modelo da diferença baseou-se nas lutas de raça, gênero e sexualidade. Ambos representavam duas alternativas: a luta unida, debaixo de uma identidade central ou lutas separadas que afirmam nossas diferenças (Berardi, 2005).

²³ Curiosamente elaborada pelo extremista de direita Louis Beam. Sobre isso ler Antoun, 2004, p.219.

O modelo em rede atual não nega e nem suprime o antigo, mas lhe confere uma forma diferente. A *Batalha de Seattle* foi o berço de uma contestação antes nunca vista pelos mais radicais ativistas. Em torno da reunião contra a OMC, formou-se ainda uma espécie de assembléia virtual na Internet²⁴ permanente para discutir e se informar em tempo real sobre os acontecimentos através de atos contestatórios à cúpula da Organização Mundial do Comércio (Berardi, 2005). Essa estrutura difusa de mobilização constitui um modelo de organização absolutamente democrático e também uma arma poderosa contra a estrutura vigente de poder. Provocam no plano simbólico um efeito de crise da ideologia global-capitalista. Milhões de pessoas recebem mensagens, informam-se, visitam *sites* desses movimentos globais e participam de listas de discussão²⁵ em frente ao seu computador numa permanente assembléia auto-organizada em rede. O fato de mostrarem seu descontentamento contra os efeitos nocivos da globalização com protestos sem nenhuma violência fez com que ganhassem o rótulo de serem movimentos contra a globalização. Ao contrário, representam hoje os primeiros movimentos globais auto-organizados (Berardi, 2005). Neste caso, a rede que os conecta é parte das ferramentas criadas por uma sociedade do conhecimento, cientificizada e tecnologizada – de tal forma que a rede não é meramente uma peça tecnológica²⁶, a rede é o movimento.

A *Batalha de Seattle* foi então a constituição de uma luta contra a privatização do espaço público, contra a comercialização simbólica operada pelas

²⁴ É fundado o Centro de Mídia Independente (CMI), o *Indymedia*, cujo propósito era divulgar as informações das manifestações a partir de relatos dos ativistas e de reportagens de jornalistas independentes. Durante as manifestações, a sede do CMI foi invadida por policiais, que levaram servidores que armazenavam fotos de abusos policiais.

²⁵ Após Seattle, todas as prefeituras dos Estados Unidos passaram a assinar as listas de discussão por *email* dos movimentos que seguem as reuniões do G-8. Elas possuem a função de alimentar o banco de dados da polícia americana, tentando prever as estratégias que serão utilizadas nos próximos protestos (Klein, 2003).

²⁶ No livro *O homem sem fundamentos* Márcio Tavares D’Amaral escreve: “*Toda tecnologia traz em si o desejo de agir*”.

multinacionais produtoras de bens de consumo – uma luta contra as corporações, opondo-se à lógica em que o que é bom para os negócios é bom para todo o mundo.

Um de seus elementos mais surpreendentes em cada manifestação ocorrida em Seattle é o fato de que grupos que até então tinham atuações tão diferenciadas e às vezes até contraditórias, agiam com interesses comuns: ambientalistas, sindicalistas, anarquistas, grupos religiosos, gays e lésbicas protestavam através de uma estrutura em rede sem qualquer estrutura central e unificadora. Os fóruns sociais e grupos de afinidade constituíam a base desses movimentos, que conseguiam agir conjuntamente de acordo com o que têm em comum²⁷. “A plena expressão de autonomia e da diferença de cada um coincide aqui com a poderosa articulação de todos. A democracia define tanto a meta dos movimentos quanto sua atividade” (Hardt & Negri, p.125, 2005).

O fato é que esse novo ciclo que funciona no formato de uma rede aberta, todos expressam-se livremente sem a existência de um centro. “Essas lutas a partir da globalização desafiam o corpo político global para criar um mundo global ainda mais livre e democrático” (Negri, 2005, p.282-3).

Depois da *Batalha de Seattle*, ocorrem novas mobilizações de boicote às cúpulas das organizações supranacionais, então acusadas de instrumento administrativo e legislativo do domínio das multinacionais sobre a economia do planeta. “Essas organizações têm um estatuto sem legitimidade democrática: foram criadas pelas potências ocidentais para administrar as relações financeiras entre os Estados e entre os grandes grupos, planejar intervenções econômicas em diversas áreas do planeta” (Berardi, 2005).

Um dos momentos de maior mobilização do *Povo de Seattle* aconteceu em Julho de 2001, em Gênova, quando mais de 1 milhão de militantes uniram-se para

²⁷ “Parece-nos que os dias de Seattle encarnaram aquilo que Foucault anunciava no fim da vida: os movimentos políticos não devem apenas resistir e se defender, mas afirmar-se como forças criadoras. (...) esta resistência deve se abrir a um processo de criação, de transformação da situação, de participação ativa nesse processo. Nisso consiste resistir, segundo Foucault” (Lazzarato, 2006, p.20/21).

bloquear o encontro do Grupo dos Oito países mais ricos do mundo, o G8. “O movimento antiglobalização, armado de escudos de papelão e de espadas de plástico, partiu para o ataque contra a reunião de cúpula do G-8”, apontou Toni Negri²⁸.

Os níveis de abuso policial²⁹ foram tão grandes que “Carlo Giuliani, um jovem manifestante, foi morto com um tiro no rosto dado por um policial que tinha a sua idade. Vinte e quatro horas depois, durante a noite, uma centena de manifestantes foram barbaramente agredidos, quando dormiam, por grupos de policias exaltados”³⁰.

As manifestações que vão de Seattle a Gênova, passando pelas grandes mobilizações contra a Ocupação do Iraque até a reunião dos militantes nos Fóruns Sociais Mundiais, foram marcadas por conseguir arregimentar uma quantidade significativa de pessoas na América do Norte e Europa apenas. Negri e Hardt (2005, p.220) afirmam que esses movimentos tiveram sua curva ascendente em Seattle e sua curva descendente com as mobilizações contra a política dos EUA de ocupação do Iraque. Isto fez nascer um processo de crise nos movimentos *no-global*. Mas uma crise que fez nascer um novo ciclo de lutas, “protagonizadas por lutas sociais de novo tipo, que se dão ao redor fundamentalmente do trabalho precário e da imigração”.

Não me assusta a crise. A crise envolve um impulso decrescente da política, ao mesmo tempo em que há um impulso crescente das lutas sociais. Veja o caso das lutas globais. Se é verdade que o ciclo de lutas globais está em crise é porque o poder neoliberal também está. Eles [o poder americano] perderam. E há nessa forma de perda a derrota do capitalismo. As lutas políticas têm de acontecer novamente. Elas que vão mexer com o capitalismo. Na Europa por exemplo, elas estão ocorrendo. É a luta do precariado. Contra as formas de precarização do trabalho. A luta é por deslocamento, pela renda mínima. É o cognitariado tirando impulso, força, da miséria em que se vive. É tão séria que a luta é também contra o sindicalismo. Por que o sindicalismo defende

²⁸ Sobre a análise negriana sobre o acontecimento em Gênova, ler *Por uma democracia absoluta*, publicado no jornal eletrônico Le Monde Diplomatique: <<http://diplo.uol.com.br/2002-08,a384>> Acesso em 13/02/2006.

²⁹ Boa parte das manifestações foram pacificadas pelos chamados *carabineiros*, a polícia política italiana, então herdeira da cultura do fascismo do país.

³⁰ Negri, idem, online.

o emprego, benefício somente pra quem tem salário. No Primeiro de Maio o precariado foi às ruas também contra os sindicatos que não mais o representa. É só dentro desse quadro geral de crise que podemos resolver os problemas". (Negri, 2005, online)³¹

Todo o debate construído a partir do “*movimento dos movimentos*” é que as mobilizações globais não são propriedade de uma classe social ou de um território apenas, mas de uma resistência coletiva ao poder – “uma coletividade que luta em comum”. A comunicação com outras lutas apenas reforça e aumenta o poder, o antagonismo e a riqueza de cada uma delas (Hardt & Negri, 2005).

Analisado por alguns autores, como Boaventura de Sousa Santos (2005), esses movimentos globais aparecem em sua obra permeado por muito ceticismo, ao ponto do autor quase não acreditar na existência de um movimento sem líder, o qual ninguém está autorizado a falar por ele. Boaventura (2005, p.37) considera que tais movimentos são dotados de uma concepção muito ampla de poder e opressão, por isso as práticas políticas estão sempre dependentes do contexto, das condições sociais concretas de um dado momento histórico. A isso atribui o fato dos movimentos globais articularem-se muito entre si, priorizando as pactuações e rejeitando hierarquias. Não há uma teoria única para guiar estrategicamente estes movimentos, pois o objetivo não é conquistar o poder, mas transformá-lo dentro da diversidade e do pluralismo da democracia radical.

O que temos de mais concreto nessa seqüência de lutas globais é que de Seattle a Porto Alegre, esses movimentos agiram diretamente na transformação do imaginário planetário, da consequência ética e do campo político. Essa missão foi cumprida. “Os poderosos da Terra estão em fuga, refugiam-se nas montanhas do Canadá ou nos desertos do Qatar. Agora o movimento deve tornar-se força política que

³¹ Negri, idem, on line.

possibilita a autonomia da inteligência coletiva” (Berardi *in* Cocco & Hopstein, p112, 2002).

1.5 - A Saúde como uma agenda global

Saúde, no seu sentido mais amplo, não esteve à margem da formação e da composição desses movimentos globais. Na década de 90 as discussões no interior desses movimentos deram o tom de vários debates sobre a pobreza e a exclusão social em todo o mundo. Os fatores negativos que a globalização trazia à saúde de todas as populações findaram por formar uma discussão denominada *Saúde Global* em várias partes do mundo³². A globalização tornou-se assim o centro da discussão da saúde, principalmente a globalização econômica, pois influenciava diretamente os modos de articulação das políticas de acesso à saúde em todos os países.

Se fôssemos decompor o debate poderíamos a grosso modo entender que a *Saúde Global* é um campo que se detém a estudar a influência da pobreza, da miséria, exclusão social, macro-determinação econômica, guerras, fluxos migratórios, desregulamentação do trabalho, morte por ausência de medicamentos essenciais, falta de segurança alimentar, luta por patentes de pesquisas em saúde, políticas supranacionais e políticas de pactos aduaneiros em prol da harmonização da Saúde. Ou seja, questões que permeiam não somente os países emergentes, mas a todos os países e também a todos os movimentos de luta pelo direito à saúde.

No campo da saúde, os Estados Unidos foi o primeiro país a criar um órgão de governo específico à Saúde Global, seguido pelo Canadá. O discurso era o mesmo dos movimentos sociais: a atenção às populações pobres e o acesso aos serviços básicos para esta mesma população, porém, o Departamento de Saúde Global e Serviços Humanos do governo americano tratavam *saúde global* como ajudas humanitárias aos países emergentes associadas à parceiros como a OMS/ONU.

³² O termo Saúde Global é oriundo da própria práxis política, antes mesmo de definições mais acadêmicas.

O termo *Saúde Global* chegou por um tempo a ser denominado por Saúde Internacional em determinados países, referindo-se a acordos de proteção social à saúde realizados entre dois ou mais países. Ou mesmo para designar parcerias entre departamentos governamentais, ONG's internacionais ou fundações de amparo à saúde e vigilância. Muitas vezes, o termo Saúde Internacional foi utilizado pelos Estados como medida de controle às populações fronteiriças e à capacidade dos Estados em manter uma política de vigilância e controle à saúde de imigrantes em transição pelas fronteiras nacionais. Alguns países nesta mesma época tornaram obrigatório o exame de HIV e outras doenças infecto-contagiosas como requisito para a livre circulação de pessoas entre os Estados (Lee, 2002).

A partir dessa captura do termo pelos Estados nacionais, medidas que demonstrassem a capacidade desses Estados em controlar as causas globais de adoecimento foram se tornando parte das “políticas de saúde globais”. Por exemplo, a capacidade de dar respostas imediatas a grandes contaminações por poluentes ao ambiente; a capacidade de “zelar” pela não degradação da saúde mesmo em casos extremos de guerra (surgindo o termo “guerra limpa”); a capacidade de controlar endemias em zonas de fronteira ou medicalizar suas populações em acordos aduaneiros com o uso de vacinações conjuntas.

Contudo, essa política de saúde global não coincidia com aquela que o Povo de Seattle desejava, pois que as causas do adoecimento e morte de várias populações provinham de uma mesma causa: uma concertação global que tornavam mundial a pobreza, a miséria e a exclusão social de várias populações independentemente de suas nacionalidades.

Internacionalmente, o termo *Global Health*, que hoje refere-se a um campo de estudos, dá ênfase as pesquisas sobre a relação entre o desenvolvimento econômico e a capacidade da Saúde em acompanhar este desenvolvimento qualitativamente entre as

suas populações. Ou seja, a visão que hoje a OMS possui sobre a Saúde Global refere-se a uma visão economicista de uma política pública de Estado – Saúde Pública – determinada pelos fluxos de capitais e acordos multilaterais entre países.

Saúde Global então tornou-se um campo primeiramente de luta pelos direitos sociais à saúde protestados pelos movimentos globais de acumulação de um saber global (*know-global*). Em um segundo momento tornou-se algo relativo às relações internacionais, denominando-se temporariamente por algumas instituições governamentais e ONG's por Saúde Internacional.

Os movimentos dos anos 90 não foram unicamente voltados para a questão da saúde, mas direcionados à lutas políticas contra ações de caráter neoliberais advindas de órgãos supranacionais ou medidas tomadas em âmbito internacional que beneficiassem apenas os países mais desenvolvidos no comércio global. A questão da saúde perpassava as agendas desses movimentos como algo determinado diretamente pelas políticas econômicas que perpetuavam a pobreza e a miséria no mundo.

É compreensível também que a literatura produzida até então valorize o campo da Saúde Global como um fruto das ações da ONU, OMS, Banco Mundial, FMI, ou de países ricos que ainda são super potências em seu próprio território; pois a dificuldade está em desprender o *global* de algo *único*. Desassociar a produção dos movimentos sociais em rede de algo regido pela vontade de uma *única liderança*; um contra movimento ao poder soberano de um *único país*; submetido a uma *única organização* padronizada de trabalho. É da multiplicidade na diferença que foi pensada a Saúde Global pelos movimentos políticos globais: *contra uma ordem única de comando*.

O Movimento Global pela Saúde dos Povos

“Doenças e mortes acontecendo diariamente nos enchem de raiva. Não porque as pessoas ficam doentes ou morrem. Temos raiva porque muitas dessas doenças e mortes têm sua origem nas políticas econômicas e sociais que nos são impostas”.
(Declaração de Bangladesh do PHM)

“Enfermo es el que permanece indiferente ante la injusticia”.
(Relatório final da II Assembléia Mundial de Saúde dos Povos no Equador)

O People's Health Movement (PHM) é um dos primeiros movimentos que produziu um discurso que expressa a questão social global da saúde. Diz-se desacreditado ao que foi prometido entre as nações que compuseram Alma-Ata em 1978. Seu slogan *“Saúde para todos Agora”* traduz o descrédito à reunião que se auto definiu como *“Saúde para todos no ano 2000”*, prevendo o acesso à saúde para todos os cidadãos. O Movimento da Saúde dos Povos, se assim podemos traduzir, é um fluxo que se apóia em várias organizações comunitárias, instituições humanitárias, organizações não governamentais e ativistas que sustentam a causa da saúde como direito universal em escala global.

Possui uma agenda esboçada em uma carta princípio que endossa a saúde como direito fundamental; identifica a desigualdade, a pobreza e a exploração como raízes do adoecimento humano; traz uma perspectiva de ouvir as populações pobres para incentivar a produção de suas próprias soluções para a prevenção de doenças; e estimula ações para que as populações pobres negociem com suas autoridades locais diretamente. A carta com os princípios criados por este movimento traz a visão de distanciamento completo que se quer produzir ao modelo biomédico de saúde e também ao modelo político de decisão global baseado na supranacionalidade da OMS.

Para isso dispõe de uma série de argumentos que legitimam o distanciamento das instituições supranacionais alegando que os fatores sociais, econômicos e políticos influenciam diretamente nas agendas dessas instituições. A guerra, a violência e a degradação do ambiente compõem um elenco de fatores determinantes às desigualdades em saúde entre as populações. Para este movimento as ações deveriam centrar-se na promoção de um mundo mais saudável através do atendimento prioritário às populações pobres. Sem dúvidas, as desigualdades sociais e as condições de miséria entre as populações são fatores que agregam a agenda deste fórum.

O movimento também se auto-denomina contra o neoliberalismo expresso nas ações de privatização da saúde em todo o mundo. Para isso, conclama a uma reforma das instituições financeiras internacionais, entendendo que somente desta forma poderiam fazê-las mais responsáveis na diminuição à pobreza e ao fortalecimento das ações em saúde. Um dos principais argumentos para a defesa dessa “democratização” das instituições supranacionais está no abusivo custo de medicamentos às populações pobres como em todo o continente da população africana. Ou mesmo o discurso da fome e da morte por desnutrição em vários países do sul global. A defesa à produção de medicamentos genéricos para todos os países emergentes e, também, uma política local para a dependência química, tratando o tráfico de drogas como algo determinante a saúde das populações compõem suas causas.

O acesso aos serviços de saúde de forma desigual em todo o mundo aparece também como agenda que desenha o perfil do trabalhador imigrante sem acesso à saúde e também na diferença do tratamento à saúde de mulheres pobres. As discussões sobre gênero e mobilidade da força de trabalho certamente delineiam uma representação do imigrante que se desloca de forma universal entre os territórios patriarcais: mulheres pobres. O direito ao aleitamento de seus filhos e, também, de se alimentarem aparecem

como fatores que incentivam o desenraizamento de seus territórios e o incentivo à migração e, conseqüentemente, um tratamento discriminatório em outras nacionalidades. A defesa à saúde do trabalhador da saúde aparece implícita a esta causa, considerando suas condições inseguras de trabalho e os riscos aos quais encontram-se expostos em todo o mundo igualmente.

Esse movimento possui em sua centralidade uma discussão baseada no radicalismo dos ativistas em prol de lutas contra a poluição de águas, ar e solo; geralmente disseminada pelas corporações e indústrias mundiais. A proteção à biodiversidade e a oposição ao uso de sementes geneticamente modificadas compõem um cenário de lutas contra os crimes ambientais. Nele é comum enxergar cartazes contra a Monsanto, mas também pequenos agricultores que defendem privilégios locais.

Por fim, sua agenda propõe a atenção aos países em guerra, tanto entre os territórios palestinos, como Israel, mas também contra o terrorismo iniciado em território americano. Chamam por “epidemia silenciosa” a violência que assola todos os países, em guerra declarada ou não, pois entendem que a violência somente se manifesta como forma de expressão da desigualdade social e econômica.

O People’s Health Movement tem seus critérios e sua agenda expostos em um *site* criados pelo próprio movimento em consonância com as instituições, ONG’s e outros movimentos pela saúde que se interligam diretamente pela causa da saúde global. A saúde, defendida em seu sentido mais amplo, mostra-se representada na união de movimentos em prol de causas de luta pela vida, ou talvez, pela qualidade de vida. Dentre as ferramentas criadas pelo próprio movimento, duas estão atualmente expostas em seu *site*:

a) Global Health Watch: O Observatório da Saúde Global constitui-se como uma chamada a todos os trabalhadores da saúde para formular novos indicadores,

dados, relatórios ou pesquisas sobre a saúde mundial em que muitos governos elegem como agenda de seus países. Por princípio existe uma inadequação sobre os dados produzidos, por isso a necessidade de um relatório alternativo sobre a saúde e suas instituições no mundo. O Observatório afirma a necessidade de uma política de saúde centrada no indivíduo em suas mais diversas formas de cuidar para iniciar, também, o debate sobre uma política de justiça social.

O primeiro “relatório alternativo” foi lançado em 2005, baseado em estudos de caso e testemunhos. A publicação foi simultânea nas cidades de Londres e Cuenca. A intenção em criar um Observatório da Saúde Global é fomentar o deslocamento da agenda econômica para o reconhecimento das barreiras políticas e sociais que determinam diretamente a Saúde das populações. Esse instrumento serviria para abrir um fórum global de discussão para a ampliação de políticas às populações vulneráveis. Todos os estudos de caso ou mesmo os “testemunhos” podem ser enviados por um site específico do Observatório para posterior publicação no relatório anual. Os autores são chamados por “colaboradores” e o modelo por “escrita participativa”.

O Observatório possui duas secretarias, uma na Inglaterra e outra na África do Sul. Os estudos publicados sugerem soluções e monitoram as ações das instituições de governo; foram lançados em 18 línguas através de uma editora indiana e também encontra-se disponível em seu *site* atualmente. Afirma-se como uma medida de promoção à saúde em rede.

b) International People’s Health University (IPHU): caracteriza-se como uma espécie de universidade aberta para ativistas. Através de parcerias com departamentos universitários promovem cursos de pequena duração baseados na discussão dos dados obtidos através das pesquisas sobre populações vulneráveis e também servem como fonte de discussão os documentos e relatórios produzidos pelo

Observatório, além de narrativas orais realizadas por seus protagonistas. A “Universidade” prevê a criação de um conhecimento baseado na experiência e no uso de diferentes fontes alternativas para gerar um saber comum sobre a saúde mundial. Hoje a IPHU localiza-se em Cuenca, no Equador.

Essas universidades tornaram-se uma ferramenta disseminada entre os movimentos, dizem-se com a função de proporcionar a auto-educação dos ativistas e dirigentes dos movimentos sociais. Segundo Santos (2005), a designação do termo “universidade popular” foi usada não tanto para evocar as universidades operárias que proliferaram na Europa e na América Latina no início do século XX, mas para transmitir a idéia que após um século de educação superior elitista, uma universidade popular é necessariamente uma “contra-universidade”. Por certo, a universidade internacional da saúde terá de ser mais internacional e mais intercultural do que as iniciativas semelhantes que já existiram à ela.

O discurso veiculado por seus idealizadores é que tal iniciativa poderá desfazer alguns hiatos produzidos pelo conhecimento científico através do rompimento com o conhecimento popular através do envolvimento direto com protagonistas do processo. Sua meta é partilhar o máximo de saberes – tão globais e diversos como o próprio processo de globalização.

O primeiro encontro do People’s Health Movement (PHM) aconteceu em Bangladesh, em dezembro do ano 2000. A carta de encerramento do encontro denominada por “Declaração de Bangladesh” foi publicada em 33 línguas. Ao mesmo tempo em que a Declaração conclama o controle da saúde por suas próprias populações, também pede a democratização da OMS através do fim de medidas verticais e da abertura para as organizações populares na Assembléia Mundial de Saúde da OMS. A atenção primária à saúde aparece como direito prioritário a ser garantido, juntamente com a defesa ao meio ambiente; à proteção às populações em guerra; a defesa às

populações miseráveis; assim como o pedido por igualdade tecnológica e também de fomentos para a produção de conhecimento em saúde (incluindo as pesquisas no campo da genética, transgenia, medicamentos e também monitoramento da biodiversidade mundial).

Em 2001 os dois instrumentos acima descritos iniciaram sua implantação de forma colaborativa entre os países que participaram do encontro de Bangladesh. O movimento não possui nenhuma ligação com o Department of Health and Human Services dos Estados Unidos, que criou um setor denominado “Global Health” dentro deste órgão de governo ou mesmo com o Global Health Council. Ambos foram concebidos através de grandes parcerias³³ com laboratórios internacionais, ONG’s e corporações transnacionais ligadas à indústria farmacêutica.

Após a criação e a implantação de seus instrumentos, o movimento começou a ver os resultados de seus investimentos. Em maio de 2002 a OMS³⁴ convidou o People’s Health Movement (PHM) para apresentar a Declaração de Bangladesh em sua assembléia mundial no Fórum Global para a Pesquisa na Saúde (GFHR 5 e 6). E em maio de 2003, 80 delegados do PHM de 30 países diferentes compuseram a reunião de Genebra para as comemorações do 25º aniversário de Alma-Ata. Com agenda definida a partir de então, o PHM teve seu segundo encontro agendado para a América do Sul, no Equador.

³³ É interessante passear pela página do Departamento de Saúde Global americano e também pelo seu Conselho de Saúde Global. Levados apenas pela nomenclatura vê-se o fenômeno do surgimento de um poder imperial evidenciar-se. Os assuntos tratados nas páginas de seus *sites* são praticamente os mesmos abordados pelo Fórum Social Mundial. O Departamento de Saúde Global americano (<http://www.globalhealth.gov>) possui *links* sobre a situação do Afeganistão, da Aids na África, pesquisas produzidas (e premiadas) pela OMS, e até um longo conteúdo produzido sobre a malária nos países pobres. Mas a diferença está na condução dos debates, nas parcerias feitas, nas formas promovidas para proporcionar participação e na abertura para a composição da agenda. No Império, a pauta política torna-se harmonizada, única, ainda que permeada por diferentes clivagens.

³⁴ O termo “Global Health” traz em si a ampliação do conjunto de instituições, agências, organizações nacionais e internacionais em disputa política. Tudo isso aparece como demanda para a OMS conjugar as forças em confronto, realizar pactos e estabelecer parcerias para manter-se atenta ao jogo da saúde na ordem mundial (Matta, 2005).

Com o nome de II Assembléia Mundial de Saúde dos Povos, para expressar que era uma outra Assembléia alternativa à que acontece coordenada pela OMS, o evento passou a ser adaptado à realidade latina dos povos do Sul com a participação de representantes das mais diversas atuações da área da saúde de todo o mundo. O Equador recebeu na cidade de Cuenca, em julho de 2005, cerca de 82 representantes de países de todo o mundo, além de representantes de ONG's, movimentos de base, religiosos e ativistas. A pauta era a discussão dos problemas globais de saúde e o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. A Declaração de Bangladesh foi lida e aprovada para a abertura e continuidade da II Assembléia.

Ao chegar ao Equador, o PHM afirmou em plenária sua solidariedade às causas daquele país, onde de forma imediata, foi incorporado ao documento de relatoria da assembléia a necessidade de afirmar a causa indígena e campesina como questões que também deveriam constar na luta pela saúde. A saúde do indígena e da população que vive da terra nos Andes foram pontos de discussão na cidade de Cuenca. Parte desta pauta de discussão englobava a “guerra biológica” – algo que se manifesta através da poluição do solo e da água por meio do uso exacerbado de agrotóxico e do desmatamento incomensurável, e também, a militarização das fronteiras equatorianas.

Na expressão das comunidades campesinas equatorianas lançou-se uma carta cujo lema assim se descrevia: “*Todos sabemos, no dependemos*” caracterizando uma crítica à produção de saber das universidades que não é socializada entre as comunidades mais carentes. O argumento central da crítica era que a universidade produzia saberes voltado somente para ela mesma. Assim, chamavam a população campesina, representada no encontro, ao resgate de saberes baseados na experiência e na observação produzida pelas próprias populações andinas, como forma de recuperar uma “liberdade” ao saber científico produzido pela “universidade ocidental³⁵”.

³⁵ “A Universidade pertence a quem nela estuda” – uma das faixas do Movimento Zapatista.

A discussão mostrava-se pertinente à medida que essas mesmas comunidades propunham-se a partilhar um modelo de saúde concebido de forma integral. Em seu relatório, assinado em nome da “Cultura Campesina” expressava o entendimento que somente a Saúde que contempla a todas as populações é um modelo de saúde integral. A saúde pensada pela população campesina resgatava a oralidade para a troca de conhecimento e se resguardava sob a afirmação que descrevia: “Os que têm título guardam seu saber, nós que somos pobres compartilhamos tudo”. O relato detalhado sobre práticas que envolvem o cuidado em saúde era parte da história que queriam trazer à tona através da frase: “Conhecimento não se guarda, se compartilha solidariamente”. Por exemplo, através do uso de plantas para cura de doenças ou o acompanhamento periódico ao crescimento das crianças baseado na observação.

Essa mistura de argumentos deixava claro na Assembléia que conhecimento científico ou baseado no resgate de saberes populares era o que se pleiteava na luta pela saúde global. Enfim, saber. O entendimento que informação tornara-se um importante capital era o senso comum em todos os pontos de discussão dos movimentos que compunham o encontro do Equador. Os debates que transitavam do resgate à saúde comunitária à saúde global colocavam em jogo um argumento único pela igualdade de informações e de acesso ao saber como forma de tornar também equânime a saúde. Por outro lado, o lema que diz “*todos sabemos, não dependemos*” também é uma evidência que o conhecimento produzido, mesmo em âmbito acadêmico, tem forte viés empiricista na Saúde, visto que grande parte desse conhecimento é baseado na observação do *Comum* dentre essas mesmas populações mais vulneráveis. Desta forma, as populações campesinas mostravam-se potentes diante da demanda por informação em saúde, ainda que estivessem em condições desiguais de lutarem por ela.

Os ativistas do movimento reafirmaram no Equador a necessidade de lutar por serviços de atenção primária à saúde como responsabilidade social e coletiva em

todo o mundo. Na Declaração de Cuenca ratificaram o fim do neoliberalismo, do racismo, da opressão às mulheres, da degradação ao meio ambiente e o início de uma luta por ampliação dos direitos dos trabalhadores da saúde. O Movimento pela Saúde dos Povos apenas recuperou sua agenda composta em Bangladesh no segundo encontro; no entanto a inovação ficou por conta dos novos atores que compuseram a arena.

Nesta Assembléia pactuaram a necessidade de iniciar uma campanha global pelo direito aos cuidados em saúde em nível global, algo que estaria diretamente relacionado à luta por equidade aos serviços de saúde e à não privatização da saúde pública. Após sua “entrada” para a OMS, o Movimento pela Saúde dos Povos declarou em sua segunda assembléia a colaboração, participação e monitoramento da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS. Alegavam que somente desta forma conseguiriam assegurar o ataque direto às condições de pobreza e exclusão social como determinante das condições encontradas nos serviços públicos de saúde. Para isso, comprometerem-se em coordenar ações comuns em âmbito internacional para afirmar a colaboração de atores estratégicos contra a privatização dos serviços.

Os principais pontos de discussão foram afirmados na Declaração de Cuenca. Um deles é a necessidade de promover a saúde em um contexto intercultural. Somente o reconhecimento da diversidade cultural construiria um sistema de saúde justo para o movimento. O acesso à informação foi algo colocado como necessidade. E o cuidado aos povos indígenas foi relatado como essencial ao Equador. Segundo a Declaração, sistemas equânimes de saúde gerariam um ecossistema saudável, com o sistema de saúde centrado nas necessidades das populações.

Outros pontos de discussão foram afirmados na Declaração: a afirmação da diversidade de gênero; a saúde dos trabalhadores da saúde; seguridade nutricional, entre outros. Atentamos para a pauta sobre a degradação ambiental, pois, primeiramente, o movimento mostrava apoio às ações concretas de acabar com medidas imperialistas

sobre os recursos naturais que poluíam e patenteavam bens públicos. A Declaração de Cuenca apontava para a necessidade de investigação sobre o uso da água e a exploração do petróleo. Também a defesa sobre patentes de formas e processos de vida, além de organismos geneticamente modificados e o uso de armas químicas.

O movimento do Equador trouxe uma pauta arrojada do ponto de vista da Saúde Coletiva. A questão tecnológica apontada por inúmeros movimentos que apóiam a causa da saúde tem sido uma constante. A segunda Assembléia Mundial de Saúde dos Povos não conseguia pensar a saúde atual sem a igualdade sobre os meios de produção tecnológicos na produção da saúde. Questões como o investimento em pesquisa microbiológica e nanotecnologia foram apontados como necessárias para que as populações se afastassem das corporações transnacionais e vivenciassem uma saúde livre de medidas imperialistas.

Ações afirmativas em prol do reconhecimento que a ciência deve se tornar um bem público foram planejadas neste encontro, tanto que sua manifestação final se deu dentro da Universidade de Cuenca como forma de demonstrar que sua busca era pela democratização do conhecimento produzido. O movimento apontava ainda para a necessidade em se pensar estratégias de enfrentamento à laboratórios internacionais e corporações transnacionais que financiam pesquisas e impedem a circulação gratuita de medicamentos³⁶ e vacinas. Algo que só se tornaria possível com o maior número de associação a outros movimentos.

Dentre as causa mais globais, a defesa ao direito à saúde nas realidades de guerra, militarização e violência foi apontado como uma causa que acomete

³⁶ “De acordo com as regras da Organização Mundial do Comércio, os países são livres para quebrar patentes de medicamentos essenciais quando há uma emergência nacional. Todavia, quando a África do Sul tentou fazer isso com medicamentos contra a AIDS, enfrentou um processo judiciário dos grandes laboratórios farmacêuticos. Quando o Brasil tentou fazer o mesmo, foi arrastado para os tribunais da OMC. Milhões que vivem com AIDS ouviram que suas vidas importava menos que as patentes de drogas, menos que o repagamento da dívida, ouvia que simplesmente não havia dinheiro para salvá-los. O Banco Mundial disse que era hora de focalizar na prevenção, e não na cura, o que foi o equivalente a uma sentença de morte para milhões” (Klein, 127/128, 2003).

principalmente os países do Sul. Entretanto, uma nota de repúdio aos ataques terroristas acontecidos em Londres, Madrid e Nova York foram apontados como algo não justificável. A situação de violência nos países emergentes aparece como algo pautado de forma transversal ao fato que esses países não possuem o controle dos seus recursos naturais, segundo a declaração do movimento.

Finalmente, o movimento mostrou-se como parceiro aos governos democráticos nacionais, de tal forma que possam influenciar com informações produzidas pelo próprio movimento sobre a questão da Saúde. Na declaração final ratificou uma saudação aos governos da Venezuela e de Cuba, como governos que investem na saúde de suas populações através de evidências ao enfoque na atenção primária como zelo para a garantia à equidade.

Alguns avanços foram conseguidos a partir do movimento do Equador, por exemplo, o terreno, arrendado pela Universidade de Cuenca, para sediar a IPHU – uma parceria conseguida através da Faculdade de Ciências Médicas da respectiva universidade. A pactuação tem previsão de pesquisas sobre a atenção primária em saúde dos países emergentes pelos próximos dez anos. Conta também com recursos de ativistas da saúde mundial. A formação proporcionada pela IPHU é direcionada a temas propostos pelo movimento, são eles: estratégias de luta, economia política da saúde, atenção primária, trabalho com comunidades, gênero, exclusão social, direito à saúde, Aids, SARS e solidariedade global como estratégia de produção de conhecimento (www.phmovement.org).

Também no Equador a Carta princípio foi atualizada e publicada no *site* do movimento. Sem dúvidas um dos maiores avanços deste movimento a partir de então foi a comunicação através da produção de conteúdo para suas páginas na internet, além da criação de fóruns para debates em outros portais. O movimento se organiza e se articula em rede, abrindo-se para diferentes apreciações e opiniões; aparecem, portanto,

como uma das faces da formação de redes multitudinárias. Atraves do site próprio, www.phmovement.org, *e-lista* de discussão pha-exchange@kabissa.org, e o site do Observatório da Saúde Global armazenam todas as produções do seu relatório alternativo (www.ghwatch.org). As publicações do site contam com o auxílio de um grupo sul-africano financiado pela Fundação Rockefeller denominado Global Equity Gauge Alliance, além de uma ONG religiosa de Londres denominada Medact. E a Declaração de Cuenca conclamou a todos os povos para que essa produção de conteúdo se descentralize cada vez mais pelos trabalhadores da saúde de todas as partes do mundo. A partir de Cuenca, este movimento teve contato com militantes da causa da terra, defesa aos povos andinos, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, sindicatos, ativistas de movimentos anti-globalização entre outros³⁷. Então a Assembléia se abriu à América do Sul e aqui encontrou-se com o Fórum Social Mundial.

³⁷ O encontro do *People's Health Movement* permanece até hoje em rodadas internacionais. Em março de 2007 o encontro aconteceu na cidade de Bhopal, na Índia com o título: “Defendendo a Saúde dos Povos na Era da Globalização”. A Índia hoje possui um dos sistemas de saúde mais privatizados do mundo e sem mínimas condições de atenção básica à saúde sofre com um dos maiores índices de desnutrição infantil planetário; 12% de sua população morta por falta de medicamentos e 25% dos seus distritos não possuem profissionais de saúde com especialidades para o atendimento necessário à população. Quase 40% dos indianos hospitalizados contraem dívidas com empréstimos para cobrir despesas hospitalares. A listagem indiana de medicamentos essenciais em 1977 era composta por 347 medicamentos e em 2002 essa listagem passou para 30 medicamentos. As campanhas de vacinação dos últimos anos não contemplaram a imunização contra a poliomielite, uma doença que assume um dos maiores índices na Índia há décadas. Retirado de: <<http://www.phmovement.org/en/node/331>> Em: 20/05/2007.

Rumo a Porto Alegre

“Eles não estão interessados em derrubar o Estado ou tornar seu líder presidente. O que eles querem é menos poder do Estado sobre suas vidas”.

“Este é portanto o desafio do ativista moderno: como se organizar contra uma ideologia tão ampla que não tem margens, tão presente em toda parte que parece estar em lugar nenhum? Onde é o local de resistência para aqueles que não têm locais de trabalho para fechar, cujas comunidades estão constantemente sendo exterminadas?”.

Naomi Klein

“Estamos aqui para mostrar ao mundo que um outro mundo é possível!”; assim foi aberto o Fórum Social Mundial em Porto Alegre pela primeira vez no Rio Grande do Sul. Lá, na Europa, Boaventura de Sousa Santos assim abre seu livro: “O Fórum Social Mundial é um fenômeno social e político novo” (2005, p.11). Esse “outro mundo possível” manifesta uma nova existência e também novas formas de expressão. As estratégias de organização política precisam ser revistas, bem como os sujeitos revolucionários e as formas de exploração. “Não podemos perder o acontecimento por ter respostas prontas para novos problemas”, diz Lazzarato (2006, p.23/24).

O mundo possível existe, mas não existe mais fora daquilo que o exprime: os slogans, as imagens capturadas por dezenas de câmeras, as palavras que fazem circular aquilo que “acaba de acontecer” nos jornais, na internet, nos laptops, como um contágio de vírus por todo o planeta. O acontecimento se expressa nas almas, no sentido em que produz uma mudança de sensibilidade (transformação incorporal) que cria uma nova avaliação: a distribuição dos desejos mudou. Vemos agora tudo aquilo que nosso presente tem de intolerável, ao mesmo tempo que vislumbramos novas possibilidades de vida (são esses dois sentidos da globalização que a luta fez aparecer). (Lazzarato, 2006, p.21/22).

Consideramos estar diante de um movimento novo como fenômeno social e denso em sua complexidade. Nos últimos anos, um pequeno grupo de executivos e líderes mundiais passou a se reunir em Davos, uma cidade congelada por seu clima de pico de montanha suíço, para discutir como a economia global deve ser governada. Davos tornou-se a simbologia máxima do maior encontro de capitais no mundo. Sua potência expressa-se no poder que possuem para falar em nome da economia mundial. E como *sempre que há poder, há resistência*; a resposta a Davos surgiu em um formato avesso: um movimento sem representação, o qual ninguém está autorizado a falar em nome dele, temático e constituído por partes que não tem tanta importância como o todo que o compõe.

O Rio Grande do Sul, estado que abrigou o Partido dos Trabalhadores³⁸ durante muitas gestões administrativas, hospeda um movimento que não se ajusta a nenhuma das vias de transformação social sonhada pela modernidade. Nele não cabe a palavra reforma e nem revolução. Não se fala em centralismo democrático, democracia representativa nem mesmo democracia participativa (Santos, 2005). Fala-se de uma radicalização democrática global, algo que só é possível ao enxergarmos a lógica capitalista pelas lentes políticas do Império.

O que torna o Fórum Social Mundial novo é sua perspectiva sempre inclusiva. Um movimento sério em busca de alternativas. Entretanto, essas alternativas, sabe-se bem, viriam dos países que experimentam de forma aguda os efeitos negativos da globalização: pobreza, exclusão social, disparidades na distribuição de renda, poder político enfraquecido, migração em massa, miséria (Klein, 2003). O FSM congrega um conjunto de iniciativas de intercâmbio mundial, bem como seus conhecimentos sobre práticas e lutas sociais globais. Um somatório rizomático de capacidades e potências.

Algo que anuncia o que está por vir.

³⁸ “No contexto brasileiro, o próprio PT é uma emanção dos movimentos sociais, e sua história não pode ser separada da história desses movimentos” (Santos, p.53, 2005).

A sociologia contemporânea não consegue responder como os movimentos e as organizações conseguem dar mais evidência a um todo e não a elas próprias. A novidade organizacional do Fórum está exatamente neste movimento sem líderes, com rejeição à hierarquias e com sua enorme capacidade de organizar-se através da internet. “A novidade consiste na celebração da diversidade e do pluralismo, na experimentação e também na democracia radical” (Santos, 2005).

Ou seja, falamos de um fenômeno social sem um ator social privilegiado; com uma congregação de instituições com interesses muito diversos; sem uma estratégia definida a partir de um centro; sem uma política originada na parte norte do planeta; sem homogeneidade social e política; sem a pretensão de tornar o movimento em algo único nos seus direcionamentos e sem trajetórias de vidas comuns ou culturas semelhantes.

Este movimento não subscreve nenhum fim estratégico e sua luta se recusa a ser armada. As diferenças culturais são suas maiores potências e “torna-se uma força política capacitante e não paralisante”, na análise de Santos (2005). Nasce potente pela sua identidade latino-americana, valendo-se da cultura política híbrida e múltipla que emerge dos movimentos sociais de base, das experiências com a democracia participativa, do berço do orçamento participativo, das lutas contra a ditadura em um continente que se quer tornar interdependente (idem, 2005). Com ele o Sul torna-se global, não pelo simples fato de estar na parte mais extrema dos trópicos, mas porque através dele fornecemos evidências do “quanto de Sul” existe em todo o mundo.

Pensando a partir da geografia simples que aprendemos a repetir, o Sul do planeta disseminou-se como uma imagem impotente por ser pobre, dizimado, explorado, primitivo, sem história. De repente Porto Alegre tornou-se um pouco de Seattle, Gênova; foi parar em Mumbai, na Índia e no pico das montanhas suíças de Davos. Sua legitimação social está exatamente no poder que tem em fazer-se

representar em qualquer parte do mundo, pois atualmente todo o mundo possui um pouco de Mumbai, da Índia, de Porto Alegre ou de Davos. “Mas o que parecia surgir organicamente [...] não era um movimento por um governo global, mas a visão de uma rede internacional conectada de iniciativas locais, cada uma formada com base na democracia direta (Klein, p.264, 2003).

O FSM tem parte de sua história vinculada a fatores intrigantes, com o passar do tempo muitos que se fizeram presentes em Davos passaram também por Porto Alegre; ou vice versa, alguns saíram de Porto Alegre com viagem marcada para Davos na mesma época. Algo que somente é possível nestes novos movimentos. Militantes, ONG's e intelectuais encontram-se para tratar dos atuais problemas da globalização e formas alternativas de atuar dentro dela. O que Negri & Hardt (2005) enfatizam é que as forças mobilizadas nesse novo ciclo global têm em comum não é apenas um inimigo comum – pode ser o neoliberalismo, hegemonia americana ou o Império global – mas também práticas, linguagens, condutas, hábitos, formas de vida e desejos comuns de um futuro melhor.

Todos os defensores dos mercados livres sabem lá no fundo que só a regulação política e a força possibilitam o livre mercado [...] ao longo do século XX, os estudiosos observaram que as estruturas institucionais das corporações e dos organismos estatais se desenvolviam no sentido de se assemelharem cada vez mais estreitamente umas às outras, e que as empresas de negócios ficavam cada vez mais solidamente inseridas nas instituições públicas. Não surpreende assim, que os mesmos poucos indivíduos tão frequentemente passem sem dificuldades dos cargos governamentais mais altos para as direções de corporações, e vice-versa, ao longo de suas carreiras. As elites empresariais, burocráticas e políticas certamente não se estranham ao se encontrarem no Fórum Econômico Mundial. Já se conhecem muito bem (Idem, 2005, p.220).

Assim como em Davos, a reunião da neve ou dos pampas deixa claro que a imagem dos encontros “amenos” é útil do ponto de vista da observação para entender o

sistema. Os líderes corporativos não podem fazê-lo por si só; nem as organizações, movimentos ou ONG's. Todos precisam demonstrar que estão atuando em conjunto.

A mobilização global do comum nesse novo ciclo de lutas que se abre não pretende negar ou encobrir a natureza local e sua singularidade de luta. A comunicação entre elas, ao contrário, reforça a capacidade de cada uma delas. Vejamos, por exemplo, o protesto que ocorreu em 2004 no Brasil contra uma plantação de alimentos geneticamente modificados. Falávamos de dentro de um território verde por excelência, o Brasil, com enorme diversidade em sua flora e sua potencialidade produtora de alimentos. No entanto, não era das plantações brasileiras que se tratava somente, mas de uma diversidade verde local, de pesquisas patenteadas em torno desse Comum, de segurança alimentar, de reforma agrária, de terrenos improdutivos, do direito de se alimentar sem ser enganado por rótulos de produtos que passaram por longas pesquisas de transgenia. É do Comum que esses movimentos tratam; por isso o global é mais visto e percebido em suas diferenças, não em suas similitudes. Algo comum a todos aqueles que sofrem e lutam contra a exploração e a hierarquia do sistema global.

Outra questão em jogo é que o FSM ainda é complementado por uma série de fóruns regionais ao longo do ano e na realidade o Fórum não pretende ter poderes deliberativos ou governantes. A complexidade social está na demonstração que um conjunto de atores sociais não-estatais, como as ONG's, podem convergir para debates concretos e substanciosos, indicando algumas orientações pelas quais seria possível concretizar um organismo político global. Entretanto, temos em mente que todas essas representações sem base em Estados-nação³⁹, nem em indivíduos, o caráter dessas diferentes organizações ou indivíduos é extremamente fraco. Sabemos que a expressão ONG pouco representa as populações, ou mesmo a expressão sociedade civil global.

³⁹ “O Estado-nação está em crise, afirma ele, enfraquecido diante dos poderes globais e corrupto diante dos poderes corporativos”. Beppe Caccia, membro do movimento Tute Bianche, citado por Klein (2003, p.291).

Mas o que reforçamos é a crise de representação que se manifesta como fenômeno que continuará a corromper toda a sociedade. Nem mesmo as concepções de raça, etnia, religião, civilizações ou povos podem dizer-se representativas (Negi & Hardt, 2005). A natureza biopolítica da produção social contemporânea, expressa no terceiro capítulo desta tese, torna impossível a velha forma de representação e também torna possível que várias outras novas surjam (idem, 2005).

Entretanto, a economia sempre tende a homogeneização, à centralização e à consolidação. A chave para este processo está no desenvolvimento de um discurso político que não teme a diversidade e não tende a formatar o movimento político em um único modelo. A economia travou uma guerra contra a diversidade (Klein, 2003).

Existe, em definitivo, algo novo no ar, algo que é caótico, confuso, ambíguo e suficientemente indefinido para merecer o benefício da dúvida. Poucos quererão perder este comboio, especialmente num tempo histórico em que os comboios deixaram de passar (Santos, p.90, 2005).

O Fórum Social Mundial da Saúde

“Na indignação parece emergir uma espécie de equidade”.

Negri citando Spinoza

O encontro de vários movimentos importantes da América Latina acontece no Fórum Social Mundial. Paralelo a este grande fórum iniciou-se um encontro voltado para a saúde denominado Fórum Social Mundial da Saúde⁴⁰, que integrou, no ano de 2005, cerca de 800 pessoas com os mais diversos interesses. Dentre estes estavam os movimentos de luta antimanicomial, sanitaristas, acadêmicos, membros da ALAMES, ativistas, ONG's, pessoas que representavam partidos políticos, órgãos do governo e participantes de 27 países. O fórum reafirmava-se como um processo aberto, capaz de dialogar com todos os movimentos e pessoas comprometidas com o direito universal, integral e equitativo à saúde. Cabe ressaltar que nos anos de 2002, 2003 e 2004 as reuniões do fórum social mundial tiveram vários momentos em prol da defesa da saúde dos povos, algo que antecedeu a criação de um fórum específico voltado para a saúde.

Em 2003 o PHM organizou em Porto Alegre o primeiro encontro da saúde dentro do movimento, algo que somou cerca de 400 pessoas interessadas nessa discussão. E no fórum de Mumbai, 700 pessoas compuseram a mesma reunião. O movimento de Bangladesh (2000) foi determinante para a formação de um encontro exclusivo para a saúde. E a Assembléia Mundial de Saúde dos Povos foi planejada

⁴⁰ No site encontramos a seguinte definição: “O Fórum Social Mundial da Saúde é um espaço integrado ao Fórum Social Mundial orientando-se pelos princípios da pluralidade, diversidade e singularidade, tendo caráter não confessional, não governamental e não partidário. Tem o propósito de dialogar com a sociedade civil mundial comprometida com a luta pelo direito humano à saúde, opondo-se ao discurso e prática neoliberal que a situam no campo dos serviços, transformando-a numa mercadoria geradora de lucro” (www.fsms.org.br, recuperado em 01 de março de 2007).

dentro do âmbito do fórum, como estratégia alternativa às assembléias mundiais da OMS.

O I Fórum oficial da Saúde, em 2005, deixou evidente sua pauta voltada para a Saúde Global. A intenção inicial era formular uma agenda internacional com o objetivo principal de apoiar a formulação de políticas que garantam a proteção à saúde. Logo na carta convocatória visava-se construir uma agenda social dedicada a saúde no âmbito dos acordos regionais de integração econômica como na Comunidade Européia, NAFTA, MERCOSUL, Pacto Andino e outros, trabalhando pela constituição de sistemas únicos e universais de saúde para estas áreas de integração econômica (www.fsms.org.br).

A abertura do fórum foi relacionada às questões econômicas do neoliberalismo que influenciam na igualdade dos direitos humanos relacionados à saúde. Afirmava-se que as políticas de acumulação de capital são fatores que concentram em grandes proporções as grandes corporações, gerando pobreza, miséria, doenças e mortes. Essa concertação em todo o fórum social circulava de forma a integrar as ações que o encontro afirmava. O fórum social mundial é um movimento que se diz contrário à determinação de políticas econômicas sobre a vida⁴¹, portanto, no fórum da saúde não seria diferente a repactuação dessa agenda.

A pauta contra o neoliberalismo chegava à dimensão sobre a seguridade social, apontando-a como decadente em função de inúmeras populações sem empregos, com vínculos informais e dependentes de assistência social, saúde e previdência. A mercantilização desses serviços públicos era um determinante para o agravamento das

⁴¹ Um painel curioso que aconteceu no I Fórum Social Mundial da Saúde foi denominado por “Medicina da Libertação”, visava debater a promoção da dignidade e da justiça social na saúde. Era composto por membros do MST e universitários, com uma metodologia de trabalho que se dizia com base epistemológica da Pedagogia da Autonomia e da Pedagogia do Oprimido criada pelo educador Paulo Freire. A “medicina da libertação” interessava-se em reunir “comunidades socialmente oprimidas”, tendo como princípio “a solidariedade, a compaixão e a humildade”. A metodologia do painel utilizava sociodramas, psicodramas e dramatizações para discutir a saúde das populações mais pobres (Medicina da Libertação, www.fsms.org.br).

questões de saúde. A discussão do fórum da saúde apontava para a precarização dos serviços de saúde em todo o mundo, principalmente os serviços existentes nos países mais pobres, ou mesmo os serviços voltados para as populações migrantes nos países ricos. Algo que se mostrava como uma questão global, baseada na contribuição financeira de trabalhadores formais e informais em todo o mundo. A focalização dos serviços de saúde era a naturalização da exclusão social em nome de um pragmatismo no exercício dos direitos principalmente em vários países emergentes.

Na carta princípio do Fórum Social Mundial da Saúde o *slogan*: “*Uma saúde para todos é possível e necessária*” destacava a luta principal que era a não mercantilização de serviços de saúde em todo o mundo, visando a igualdade de acesso principalmente entre as populações mais pobres. As guerras civis, as tragédias ambientais e as intervenções militares foram lembradas como direito à paz mundialmente. Quase todas as causas políticas da saúde foram contempladas: a questão indígena, a miséria na África, a segurança alimentar, a saúde mental e a necessidade de serviços substitutivos, a saúde no trabalho, o acesso à serviços voltados para a mulher, à criança, além do direito aos medicamentos essenciais para o tratamento da AIDS e as doenças epidêmicas como a malária. Todas essas questões eram debatidas sobre um único argumento: a necessidade de erradicação da pobreza e da exclusão social em todo o mundo. O Fórum reafirmou os princípios de Bangladesh, preparou-se para Cuenca, mas também para Nairobi.

Após a descentralização do fórum social mundial para outras regiões do mundo, o debate sobre a saúde viajou junto com ele. O II Fórum Social Mundial da Saúde aconteceu na África, no Kenia, em janeiro de 2007. Na agenda política do II FSMS, denominada “*A Saúde na África: o espelho do mundo*”, pautou-se um ponto fundamental: as assimetrias de poder no mundo. A descentralização do fórum representou uma alternativa ousada, mas ao mesmo tempo coerente com a proposta do

movimento. Na África falou-se do direito à vida, em meio a uma população que vive a dramaticidade da miséria, debilitando as capacidades emancipatórias de sua população. Foi também em Nairobi/Kenia que tocou-se pela primeira vez no assunto denominado “drenagem de cérebros na saúde” – um fenômeno social recorrente na África, onde os médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde migram para outros países em busca de emprego e de sobrevivência, “importados” principalmente por países europeus.

Em Nairobi, cidade a qual o único centro de convenções foi construído pela ONU, podemos perceber o quanto de África se tinha em todos os continentes e em todas as regiões do mundo. Os conflitos civis foram lembrados, principalmente destacando as ajudas humanitárias dadas à África, que consigo trazem inúmeros interesses corporativos, bloqueando a criação de sistemas universais de saúde. Os conflitos militares foram mencionados como aqueles que destroem grande parte dos hospitais e cortam o fornecimento de água potável nas cidades como medida essencial de guerra que destrói a saúde.

Na agenda debatida no II FSMS a África foi realmente pensada como um espelho para o mundo. As políticas econômicas foram apontadas como a “política do genocídio provocado”, aquelas que perpetuam a degradação das condições de saúde e a “desassistência programada” da pobreza e da enfermidade. Sem dúvidas a mortalidade dos mais pobres foi o principal dado estatístico utilizado para dar evidência ao movimento. Casos endêmicos de AIDS, malária, tuberculose, verminoses e outras doenças são comuns ao perfil de morbi-mortalidade africano. Apontava-se para a necessidade de romper com a simples doação de medicamentos, mas a emergência do cuidado, da atenção básica aos doentes e estratégias integrais de combate ao adoecimento.

Na África, sentia-se a centralidade da discussão sobre a saúde global. A busca por medicamentos básicos, atenção à saúde e a percepção de contaminação do

ambiente por corporações multinacionais desaguavam em um continente que simboliza mundialmente a pobreza e a exclusão social mundial. Na África 15% da população total é soropositiva. Entre os anos de 2001 e 2006 mais de 8 milhões de pessoas morreram por doenças tratáveis como a tuberculose, malária ou desnutrição. E a maior parte dos governos africanos não gasta mais que 3% do orçamento geral com proteção social à saúde⁴².

Nairobi reforçou o papel dos pactos aduaneiros também na harmonização das políticas de saúde e demonstrou que vários problemas dos países do Sul são também agendas de discussão de vários países ricos: a migração de trabalhadores da saúde, a legislação que não contempla este trabalhador em território estrangeiro, a negação dos cuidados ao imigrante e os dados invisíveis da estatística sobre os pobres e seu acesso aos serviços de saúde.

Junto com este fórum, o movimento pela saúde das populações também se descentralizou com ações previstas para várias cidades africanas, Índia, Europa e também países andinos. O Uruguai criou um fórum social da saúde uruguaio e para o Brasil ficou agendada uma conferência mundial para discutir os “Sistemas Universais, Integrais e Equitativos de Saúde” como uma das principais propostas apresentadas na assembleia de encerramento do II Fórum Social Mundial da Saúde. O Brasil foi o país indicado para a realização desta conferência, em julho de 2008, com o intuito de marcar a comemoração dos 20 anos de seu Sistema Único de Saúde. Certamente, o Fórum Social Mundial da Saúde é a representação que o campo da Saúde Coletiva terá a Saúde Global como agenda e os novos movimentos globais na comemoração dos próximos aniversários do SUS.

⁴² Dados retirados do *site* do Fórum Social Mundial, disponível na internet: www.fsms.org.br.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS DE SAÚDE SUPRANACIONAIS E A LIVRE CIRCULAÇÃO DO TRABALHO: O CASO DA UNIÃO EUROPÉIA E DO MERCOSUL

2.1 - A livre circulação do trabalho e as imigrações

“É impressionante, consegui o emprego só porque disse a ele que sabia cuidar de crianças, afinal já tive três filhos”.

Vick Diaz, trabalhadora das Filipinas em entrevista para um emprego nos Estados Unidos

Algumas pesquisas⁴³ já apontam uma conclusão curiosa: as mulheres imigrantes se empregam primeiramente que os homens imigrantes e, também, permanecem mais tempo nos seus “cargos”. Em boa parte porque é a mulher imigrante que ocupa os cargos ligados à saúde, ao cuidado e ao afeto. Há alguns casos de países que têm trabalhado com um visto provisório para quem for atuar nessa ocupação profissional. No Canadá este visto tem nome de “cidadão residente”, válido por 24 meses. Neste país, a grande maioria dos estrangeiros empregados são denominados “cuidadores”. Geralmente dormem no emprego, tem educação superior (adquirida nos seus países de origem) ou chegaram muito próximo a tê-la ou concluí-la. Muitos destes imigrantes canadenses são advindos das Filipinas. Lá recebem a casa do empregador como residência fixa, são atendidos nos serviços de saúde por portarem o visto de “cidadão residente” e mantém sua legalidade por 24 meses, praticamente como parte de uma família que o tenha recebido. Se for comprovado ao final deste período um “atestado” de bons antecedentes, de bons trabalhos cumpridos e a necessidade de renovação, o cuidador pode permanecer por mais dois anos no mesmo trabalho.

Os países pobres possuem numerosos casos de deslocamento, imigração, para a realização do trabalho de cuidador em países ricos. Essa é uma imigração que em alguns lugares vem se “legalizando”, de forma lícita (ou ilícita). Alguns países simplesmente fecham os olhos para o que vem acontecendo; outros, como o exemplo do

⁴³ Sobre isso ler Giddens, Antonio; Hutton, Will. *No limite da racionalidade: convivendo com o capitalismo global*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004, p.55

Canadá, apontam para alternativas temporárias de fixar esse cuidador enquanto ele for essencial àquele grupo familiar que o recebeu.

É curioso porque a prática do cuidador⁴⁴ se resume à vigília e à atenção à crianças, adolescentes em fase escolar e, principalmente idosos – segmentos mais vulneráveis do grupo familiar. O fato do imigrante possuir filhos (deixados em seus países de origem) é um ponto positivo⁴⁵ para o seu currículo no momento da admissão. Sabe-se por dados informais baseados na experiência de quem lá já trabalha, que a atenção dispensada a crianças nem sempre é bem sucedida pela diferença de idiomas que possa vir a confundir a formação vocabular de alguns. Mas no caso de idosos acamados, adolescentes em fase escolar, pessoas adoecidas que precisam de atenção para melhor restabelecimento, ou mesmo em casos de transtornos mentais, o imigrante cumpre um papel de prestador de assistência à saúde dessas pessoas. Essa conformação em que o imigrante transforma-se em gerador de afeto, faz com que paulatinamente se constitua uma rede global de assistência que atravessa os países do Norte.⁴⁶

Em geral são as mulheres que ocupam a atividade do cuidado. E elas que formam essas cadeias que podem ser locais, nacionais ou globais. A rede começa com uma mãe que migra para um outro país enquanto um filho mais velho cuida dos irmãos na terra natal. Essa mãe trabalha como babá ou cuidadora e, por sua vez, conta com o trabalho dos filhos também como babás dos irmãos mais novos, que, ao crescerem, serão também transformados em cuidadores de outras famílias em outros países com a ajuda do familiar mais velho que já se estabeleceu no outro país para onde imigrou.

⁴⁴ “Cuidado é uma dimensão da vida humana. Dimensão que frequentemente se dá no plano da intersubjetividade. Portanto, há sempre várias formas de cuidar, e há vários conhecimentos sobre esse cuidar” (Mattos *in* Mattos e Pinheiro, p.120, 2004).

⁴⁵ “O cuidado só é possível se há condições para a concretização de um diálogo [...] o diálogo funciona para evidenciar interesses, respeito, aceitação, definir diferenças e não tanto para expressar idéias ou informações” (Guizardi e Pinheiro *in* Mattos e Pinheiro, p.45, 2004).

⁴⁶ Recentemente o Banco Mundial publicou o seguinte dado: os emigrantes brasileiros remeteram para o Brasil 7 bilhões de dólares (16 a 18 bilhões de reais) no ano de 2006 – quase o dobro do que o governo disponibiliza para o Programa Bolsa Família.

O exemplo pode ser caricato, pois cada tipo de família pode manifestar uma história diferente. Mas essa ecologia humana torna invisível essa rede de assistência. Em 1996 mais da metade dos imigrantes que foram legalmente para os Estados Unidos eram mulheres com média de idade de 29 anos. A rede local não é diferente também. A maior parte dos que trabalham como “cuidadores” no Brasil tem o mesmo perfil familiar do grupo familiar que o emprega – um número de filhos semelhantes, o mesmo número de idosos em condições de adoecimento, ou adultos acamados que precisam de atenção para o restabelecimento de sua saúde.

O “cuidador” (científico ou não científico⁴⁷) é aquele que trabalha com o sorriso no rosto, é paciente para lidar com as adversidades dos adoecimentos, atento aos horários de medicamentos, se mostra afetivo em suas relações. No caso do trabalho do cuidador, é toda a disposição *do íntimo* que é trazida à cena produtiva. É um tipo de trabalho, portanto, que formam vínculos e capacidades de estabelecer relações humanas. O cuidado é uma atividade profissional que não é mediada somente pela rendimento financeiro, mas pela vinculação com o outro que é construído. Um cuidador de idoso, por exemplo, compartilha costumes, o conhecimento sobre os hábitos, a rotina familiar e o tempo da vida. Muitas poderiam receber melhores salários em outras casas, mas a segurança que o hábito do cuidado a uma determinada família traz se torna também determinante para manter-se em um trabalho que receba menos, mas que possua segurança garantida pelos vínculos já construídos.

Formam-se assim famílias que não se encontram, que às vezes ficam separadas durante décadas mas não estão “rompidas”; tornam-se famílias que as obrigações vergam mas não se quebram (Hoschschild, 2004). Assim, verificamos que estas relações encontram no dinheiro uma resposta óbvia para a formação desta cadeia

⁴⁷ Retiramos a expressão “cuidado científico” do livro de Mattos e Pinheiro (2004) quando é afirmada a diferença entre *autocuidado* como algo autônomo, parte do cuidado de si e *cuidado científico*, como aquele baseado na ciência, profissionalizado (p.63).

de trabalho e assistência. Mas será que também a assistência não tem sido distribuída de forma desigual em todo o mundo? Existe um “mais-afeto”⁴⁸ sendo produzido em todo o mundo. O trabalho do cuidador toca as relações afetivas de todas as pessoas em todo o mundo e este trabalho muitas vezes aparece como algo “voluntário”⁴⁹ - ceder atenção, cuidado e afeto parece ser algo nato, com imensa facilidade de ser produzido; mostra-se apenas como uma transferência de sentimentos, contatos e gestos a quem se cuida, como se houvesse um deslocamento de sua própria rede de cuidados à formação de uma nova rede de cuidado.

Essa importação do trabalho afetivo acontece como se importa qualquer outra mercadoria, desde que no pacote venha afeto. Alguém está recebendo mais assistência e cuidado que outros. Há uma produção de excedente afetivo. As pessoas mais pobres cuidam dos que precisam de cuidados entre as pessoas mais ricas. A situação centra-se nos cuidados que são meramente “clínicos” sendo tratados por profissionais de saúde e os outros casos são tratados como “sociais” – ficando a cargo do cuidador, tanto em países ricos ou em países pobres.

Outro fator: os cuidados remunerados obedecem a um padrão racial. Ainda os negros exercem as funções de cuidado e, seus próprios filhos, crescem sem a atenção de alguém. Essa é uma divisão patriarcal do trabalho do capitalismo global, mas também uma divisão racial do país de destino e do país de origem. Ou seja, uma ordem mundial. No passado, o profissional liberal era o homem e o “alguém que cuida” era a esposa, que supervisionava a família no momento do nascimento, nas doenças e na morte – algo completamente descartado pelas relações de trabalho. Hoje a inclusão de

⁴⁸ O termo pode ser entendido como um neologismo nosso na forma de uma paráfrase ao termo “*mais-valia*” da obra de Marx.

⁴⁹ “É particularmente enunciativo que as profissões de saúde sejam historicamente marcadas pelo signo da beneficência, pelo ideal da doação [...] São referências que só adquirem sentido se materializadas no vínculo de uma relação social, por meio da qual a intenção do cuidado pode materializar-se [...] o cuidado pode efetivar-se num contexto em que se dá, recebe e retribui, sem que se distingam claramente esses momentos, ainda que toda satisfação do trabalho seja a eles reportada. Oferece-se assistência, mas se recebe gratidão e respeito” (Guizardi e Pinheiro *in* Mattos e Pinheiro, p.46/47, 2004).

determinados papéis faz com que os homens entendam muito mais das tarefas domésticas, do cuidado, da atenção; mas não possam abandonar suas carreiras. A resistência generalizada ao assumir os cuidados domésticos faz com que se busque ajuda “descendo” a cadeia global – inicia-se pela mulher, em seguida a mulher negra, portanto pobre, como um exemplo caricato (Hochschild, 2004).

Quando o *Povo de Seattle* adota como uma de suas agendas à livre circulação do trabalho e um justo sistema de proteção de trabalho ao imigrante, é porque já se legitimou a necessidade de um discurso e de uma ação que ampare uma elevada leva de trabalhadores precários que vivem em situação de vulnerabilidade e de pobreza por causa de uma identidade nacional que somente os países que os recebem insistem em imputar.⁵⁰

Mas o imigrante não se enquadra na definição clássica do pobre (aquele que não consegue viver dignamente). O imigrante é um pobre, porém, é caracterizado por ser um agente poderoso dos circuitos de produção social. O imigrante curto-circuita a própria definição do que seja pobreza. Na teoria clássica, os pobres são considerados como aqueles perigosos moralmente, politicamente desorganizados, imprevisíveis e tendentes ao reacionarismo. A expressão *lumpenproletariado*, ou, proletário esfarrapado, surge para explicar um resíduo, um refugio da história das sociedades pós-industriais. Há um tempo atrás eram chamados de “exército industrial de reserva”, ou seja, uma reserva de trabalhadores industriais em potencial que estão temporariamente desempregados, mas poderiam a qualquer momento serem integrados à produção (Hardt & Negri, 2005).

⁵⁰ Sobre isso, Bauman (2005, p.33) retrata um texto de um cartaz espalhado pela cidade de Berlim que ridiculariza a lealdade a estruturas que não são capazes de conter as realidades do mundo. O texto é o seguinte: “Seu Cristo é judeu. Seu carro é japonês. Sua pizza é italiana. Sua democracia, grega. Seu café, brasileiro. Seu feriado, turco. Seus algarismos, árabicos. Suas letras, latinas. Só o seu vizinho é estrangeiro”.

Hoje, é equivocado pensar nos pobres como um “exército industrial” reservado para ser inserido a qualquer momento no circuito produtivo fabril, na medida em que operários industriais já não se constituem mais como uma unidade compacta e coerente. Mas uma forma de trabalho entre muitas outras das redes definidas pelo paradigma do trabalho imaterial. Já não existe uma divisão clara entre o emprego e o desemprego, mas sim uma argumentação precisa que nenhum emprego é seguro. Assim, não existe mais uma “reserva”, na medida em que nenhuma força de trabalho está fora dos processos da produção social. Ou seja, “o proletariado hoje são todos aqueles que trabalham e produzem sobre o domínio do capital” (Hardt & Negri, p.148, 2005).

As “classes perigosas” no capitalismo contemporâneo eclodem na forma de uma multidão sem rosto, algo que não aparece nos números oficiais sobre a realidade de trabalho. Os pobres, na visão dos comunistas e dos socialistas, são os excluídos do processo capitalista de produção, diz Negri, e, portanto, excluídos de qualquer papel central na organização política. Os pobres eram considerados inimigos da classe operária, pois eram apenas um grupo de reserva aguardando a decadência de outros para chegar sua vez na empregabilidade. Contudo, o equívoco é tentar afirmar que os pobres estão fora da história. Os pobres cumprem um papel de realizar atividades gerais, são móveis e flexíveis; livres de uma estrutura fechada de produção (Negri, 2003b).

No passado as grandes migrações européias imperialistas aconteciam para os espaços vazios, para um espaço considerado “fora”, onde provavelmente iniciariam seus trabalhos em um território que também precisaria “ser iniciado”. Hoje o caminho é exatamente o contrário. O desenvolvimento faz com que as migrações aconteçam para lugares cheios, para regiões ricas e privilegiadas do planeta. As grandes metrópoles mundiais precisam do imigrante para sustentar suas economias. E o imigrante, antigo pertencente das “classes perigosas”, chega de mãos vazias na sua condição de pobreza, mas detentor de conhecimentos, habilidades, capacidades criativas que leva consigo por

poder contar, unicamente, com seu próprio corpo para produzir. É exatamente por conta dessa dimensão potente do imigrante que novas políticas de controle e de liberdade serão objeto de políticas supranacionais, que dêem conta de organizar esses fluxos de livre circulação do trabalho.

O forte movimento global de lutas que se abriram após *Seattle* abriu um campo de conflitos que desembocou na recomposição das políticas supranacionais dos Blocos Regionais estabelecidos, em boa parte no mundo, a partir da década de 90. Essa recomposição significa, pela primeira vez, um deslocamento no objeto geral das estratégias de expansão desses blocos. Antes da *Batalha de Seattle*, os blocos regionais orientavam suas políticas (inclusive, a social) a partir de uma estratégia de ampliação do comércio global. A articulação dos países em políticas comuns supranacionais é hegemonizada pela organização de pactos econômicos que fizessem desses blocos sistemas competitivos na ampliação de novos mercados de consumo. Os temas ligados às políticas sociais desses pactos não avançam no mesmo ritmo que aqueles ligados ao campo do comércio internacional. Com a abertura dos conflitos globais contra o regime neoliberal, uma nova correlação de forças se estabelece no interior dos blocos supranacionais, como o Mercosul e a União Européia, fazendo com que temas como a legalização do trabalho imigrante, a luta contra patentes de medicamentos, a defesa do comércio justo, a política de livre circulação do trabalho ou ainda a elaboração de políticas sociais comuns passem a fazer parte da agenda desses blocos. A *Batalha de Seattle* introduziu essas novas exigências sociais e passou, principalmente nos países em desenvolvimento, a pôr a saúde como uma das pautas mais importantes para construção possível de um outro mundo ou, na contra-corrente, como forma de impor barreiras à livre circulação do trabalho.

2.2 – A Saúde e a Proteção à Livre Circulação do Trabalho na União Européia

A atenção à saúde do trabalhador imigrante foi tratada historicamente pelos europeus em acordos bilaterais entre os países que recebiam esse trabalhador em deslocamento, ou mesmo através de serviços de saúde instalados em zonas de fronteira. O debate evoluiu juntamente com a formação da União Européia, quando iniciaram tentativas de desenvolver uma política de saúde comum aos países que compõem o bloco.

Os modelos nacionais de atenção à saúde europeus variam entre dois tipos categóricos: *bismarkiano*⁵¹ – seguro social financiado por contribuições do empregador e do trabalhador; e *beveridgiano*⁵² – sistema nacional de saúde financiado com recursos fiscais. Existe certo predomínio do primeiro modelo na maior parte dos países. Por isso, os primeiros acordos entre países para atenção à saúde do imigrante denominaram-se por “transnacionais” ou “transfronteiriços”, visto que eram ações voltadas aos habitantes das fronteiras, trabalhadores que se deslocavam ou que habitavam em áreas limítrofes. A ação representou a primeira tentativa em implementar ações de integração e cooperação entre as políticas de assistência à saúde. Contudo, o acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes somente foi regulamentado na década de 70. Os serviços foram criados para atender aqueles que estivessem trabalhando em outro país e

⁵¹ O modelo alemão bismarckiano foi um dos primeiros passos dados à implantação da seguridade social, no século XIX, baseada na contribuição dos trabalhadores para a criação de mecanismos de pensão com jubilação obrigatória dos dependentes maiores de idade considerados aptos a iniciar a carreira no trabalho. Em 1880 Otto Von Bismarck instituiu a lei do acidente de trabalho, o seguro doença, acidente e invalidez e reconheceu como legítimo os sindicatos no Estado alemão. O nacionalismo e o militarismo da época bismarckiana criou o regime autoritário que garantiu a unificação alemã.

⁵² Data-se de 1942 o “Relatório Beveridge” produzido por William Henry Beveridge na Inglaterra. O economista britânico criou os planos sociais avançados que sedimentaram as bases teóricas de reflexão para a instauração do *Welfare State* pelo Partido Trabalhista como modelo de reconstrução inglesa através da seguridade social. O Estado inglês pressupunha que a partir do momento que compartilhasse os gastos com doenças, acidentes e pensões poderia beneficiar-se com o aumento da produtividade industrial diretamente associada à recuperação dos trabalhadores doentes em épocas de pós-guerra.

possuíssem pré-autorização para situação de deslocamento⁵³. Nesses casos o usuário deveria portar um encaminhamento feito em formulário⁵⁴ próprio que apontasse a real necessidade de busca por atendimento em outro país. Segundo Giovanella & Guimarães (2006), atualmente o maior fluxo de pacientes está entre os trabalhadores em deslocamento, correspondendo a 53% dos atendimentos. Isso equivale a 16% dos gastos de saúde para pessoas em circulação no território europeu.

Mesmo que a harmonização da política de saúde seja uma possibilidade distante na União Européia, os cuidados às regiões de fronteira permanecem como necessários, suas ações tem baixíssimo impacto econômico e se iniciam através de acordos bilaterais. “Mas as questões da organização dos serviços nas fronteiras usualmente impõem aos países a necessidade de soluções pragmáticas, que precedem ou mesmo substituem no curto prazo as diretrizes da integração” (Dain, p.69, 2004).

As ações de cooperação enfrentam hoje dificuldades variadas, como a oferta de cuidados entre os países, os custos e preços dos serviços, os registros dos casos de adoecimento, as nomenclaturas utilizadas, os tipos de tratamentos e medicamentos indicados, por exemplo. Algumas dessas condições implicaram na necessidade de criação de um sistema em forma de banco de dados previsto para ser implantado com a missão de iniciar uma padronização das terminologias e codificações das ações.

O fato da União Européia hoje possuir variados acordos entre países para a proteção à saúde de pessoas em deslocamento fez com que a saúde pública de cada país membro sofresse efeitos complexos e diversos quanto às modalidades distintas de financiamento, organização e cobertura dos serviços. Novos impactos às políticas de

⁵³ Algumas situações de deslocamento eram consideradas “excepcionais”: as necessidades de cuidados em viagens de turismo, busca por emprego, atendimento a estudantes ou mesmo outros usuários estrangeiros orientados para este fim (Giovanella & Guimarães, 2006).

⁵⁴ “Em 2004 entrou em circulação o cartão europeu de seguro à doença que substituirá, gradualmente, os formulários. O cartão não altera direitos ou obrigações regulamentados anteriormente, mas almeja eliminar obstáculos à mobilidade geográfica por motivo de turismo, busca de emprego e transferência de trabalho. Tem ainda a função de simplificar o acesso e agilizar o reembolso. Secundariamente, pode auxiliar o alinhamento de benefícios face às competências dos Estados-membros na organização dos sistemas de saúde” (Giovanella & Guimarães, 2006).

saúde dos Estados-membros implicaram em restrições importantes às políticas de seguridade referentes à saúde. Giovanella e Guimarães (2006) apontam a seguir:

- i) *A livre circulação de pessoas* repercutiu não só na garantia de direitos sociais, mas também na oferta de profissionais da saúde – o que levou à regulamentação da livre circulação de trabalhadores da saúde e ao reconhecimento mútuo de diplomas para facilitar a mobilidade de profissionais. Ou seja, a Europa passa a reconhecer a necessidade do deslocamento do trabalho também para suprir seus “déficits” de trabalhadores⁵⁵ no campo da saúde.

- ii) *A livre circulação de mercadorias* na saúde afetou especialmente a distribuição e oferta de medicamentos, insumos e equipamentos, a assistência farmacêutica e aspectos da vigilância sanitária relacionados à fabricação e circulação de produtos. A política de equipamentos médicos passou a incluir processo de licitação internacional. A fim de regular a produção e distribuição de medicamentos foi criada a Agência Europeia de Medicamentos com funções de registro, certificação e licenciamento. Foram firmados acordos comunitários para

⁵⁵ O envelhecimento populacional europeu é apontado por alguns como o fator determinante a atual “aceitação” à imigração. Alguns estudos prospectivos retratam que assistiremos a mudanças consideráveis nos próximos 20 anos na Europa: durante o período de 1995-2015, o grupo etário dos 20-29 anos perderá 11 milhões de pessoas (-20%), enquanto o grupo etário dos 50-64 aumentará em 16,5 milhões (+ 25%). Os dados foram retirados do *site* da União Europeia, intitulado “*Uma Europa para todas as idades*”. O documento foi recuperado em 15/05/2007 da fonte <<http://europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c11308.htm>>.

controle de substâncias perigosas e radioativas e padrões sanitários comuns para a circulação de produtos.

- iii) *A livre circulação de serviços* na saúde repercutiu notadamente sobre a oferta de seguros privados. Isso devido à decisão da Corte de Justiça Européia que não submeteu os seguros sociais aos ditames da livre circulação, pois estes se fundamentam em princípios de solidariedade e, portanto, se organizam por regulamentação nacional. Porém, o fato de prestadores privados poderem oferecer serviços de saúde em qualquer país poderá repercutir sobre os serviços ambulatoriais e hospitalares dos Estados-Membros.

A Europa demonstra abertura ao debate sobre a harmonização de suas políticas de saúde. Alguns autores que estudam as ações na UE acreditam ser esta uma possibilidade, mesmo que já existam acordos de atenção à população em deslocamento ou acordos bilaterais de proteção à população fronteiriça. Essas “intenções de integração” rebatem de forma diferente em cada Estado-Membro frente às modalidades de organização política dos sistemas e serviços nacionais de saúde; além das características específicas, como organização administrativa e autonomia regional.

Os últimos passos mais criteriosos da discussão européia aconteceram no ano de 2004, quando se estabeleceu a necessidade de criação de uma comissão específica para tratar dos assuntos referentes à mobilidade de pessoas em busca de acompanhamento ou cuidados médicos em outros países. Este grupo de trabalho formado por especialistas de países variados iniciou a criação de mecanismos de nivelamento para os serviços de saúde, em seus aspectos práticos da colaboração.

Contudo, sabe-se que os impactos financeiros são baixos, mesmo com as informações oficiais precárias sobre o assunto, o relatório da Comissão de Saúde das Comunidades Europeias, produzido em Bruxelas no ano de 2006, estima algo em torno de 1% da despesa pública total dispensada aos cuidados transfronteiriços.

Somente o atendimento hospitalar emergencial é garantido em outro Estado-membro sem autorização prévia. São quatro os tipos de cuidados à saúde previstos para atenção ao imigrante: **a)** serviços de “telemedicina” (diagnóstico e receita médica à distância), **b)** deslocamento de um país para outro, com encaminhamento médico, para tratamento de saúde (neste caso, o cartão europeu garante a cobertura do seguro); **c)** clínicas locais de um prestador de serviços (utilizando planos de saúde ou pagando pelo serviço utilizado); e **d)** a presença temporária de pessoas (por exemplo, um profissional em deslocamento) garante atendimento hospitalar caso seja necessário⁵⁶.

A União Europeia reconhece que seus critérios de saúde ao imigrante não são tão claros a ponto de ser encaminhados pela comissão ao Conselho Europeu. Em 2007 essa mesma comissão elaborou um documento (anuário)⁵⁷ contendo o debate sobre as estratégias políticas que possam vir a garantir a cooperação entre serviços de saúde na promoção de cuidados. Existe um reconhecimento que esses serviços dependem da livre circulação dos profissionais da saúde para poderem funcionar e; também, que os critérios de cooperação precisam ser aplicados ao campo da saúde pública. No entanto,

⁵⁶ Extraído do documento “*Background: Patient mobility and healthcare developments/Communication from the commission*”. Este relatório contém o posicionamento da Comissão de Saúde das Comunidades Europeias após a reunião de Bruxelas acontecida em 2006. A Comissão existe desde 1998 e seus primeiros trabalhos executados em prol da questão da saúde e da imigração surgem nos anos 2000. O relatório supracitado está, na íntegra, em português, do site da União Europeia e recuperado em 15/05/2007: <http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm>.

⁵⁷ O anuário de Bruxelas, produzido em 2006 pela Comissão de Saúde das Comunidades Europeias, supracitado na nota anterior, é um documento que mostra o quão obscuras essas ações ainda se mostram para a UE. Possui mais questionamentos que afirmações, por isso a comissão não o julgou apto a ser encaminhado para o Conselho Europeu. Dentre elas: Qual autoridade nacional será responsável pela supervisão das ações? Qual autoridade seria responsável pela segurança e qualidade dos serviços prestados? Qual seria o sistema de reclamação e indenização para os cuidados transfronteiriços? Se um médico iniciar uma intervenção e este médico for um profissional em deslocamento, como fiscalizar suas intervenções? Como compartilhar a produção de inovações através de pesquisas que visem reduzir os custos das terapêuticas? Como ofertar diferentes terapêuticas como alternativa de tratamento? Em caso de erros, danos ou omissões, como beneficiar o usuário?

os imigrantes ainda ficam à margem dos serviços de proteção social à saúde. E as demandas ainda são tratadas por instituições e serviços isolados, de forma transversal e com muitas imprecisões.⁵⁸

⁵⁸ O protagonismo brasileiro, em especial pela liderança do Governo Lula, é inegável. Foi a partir da diplomacia brasileira que se organizou o G-20, grupo de vinte países – que inclui a China, Índia, África do Sul, Argentina, Venezuela etc – que passou a bloquear as rodadas da Organização Mundial do Comércio, quando esta – sob a tutela dos Estados Unidos e União Européia – propunha medidas de aprofundamento das desigualdades globais. Em boa parte, os sujeitos políticos do G-20 são filhos da *Batalha de Seattle*, por se tratar de lideranças que organizaram e apoiaram os protestos nos EUA, em defesa de um comércio mais equilibrado entre as nações. Essa nova realidade internacional fez surgir uma novidade no cenário político: a dinâmica política dos países do Sul tornou-se mais avançada, no que tange a constituição de novas lutas por conquistas sociais globais. Enquanto isso, a Europa e Estados Unidos (vide os acontecimentos da crise social da periferia francesa e do miséria norte-americana revelada com a passagem do Katrina por Nova Orleans), vêem nascer em seu próprio território os conflitos sociais tipicamente do Sul. São esses conflitos sociais na Europa e nos Estados Unidos que vão fundar nesses territórios um ciclo de lutas mais orientado na defesa da ampliação da proteção social que incorpore àqueles que sempre estiveram excluídos do nacionalismo: os imigrantes e seus filhos já nascido em solo europeu ou americano.

2.3 – A Saúde no Mercosul: da política de Estado à política dos movimentos

A internacionalização da economia mundial é uma realidade pensada a partir das mudanças do capitalismo que estruturou suas bases sob dimensões financeiras de rápida circulação. Kunzier (2002) afirma que a primeira proposta de um bloco econômico para a América do Sul foi desenhada por Campos Sales e, só em 1935, Getúlio Vargas encaminhou as primeiras negociações da formação do ABC (Argentina, Brasil e Chile) para demonstrar a força econômica desses países e a expressão que tinham para a América do Sul. Havia um nacionalismo ampliado, de resistência e de luta contra o imperialismo foi pensado na idéia do ABC.

Sobre a história do Mercosul

Kunzier (2002) chega a citar como exemplo um depoimento reservado na Escola Nacional de Guerra, em 1953, dado por Juan Domingos Perón, quando declarou certa vez que a única forma de resistir à exploração que estávamos submetidos era não consumir o que era produzido pelos americanos. No discurso de Perón, os produtos industrializados dos Estados Unidos mantinham a América do Sul como fornecedora de matéria-prima, desestimulando e sugerindo uma não integração do Sul.

Em 1948 a Comissão Econômica para a América Latina⁵⁹ (CEPAL) foi criada e tinha como um de seus objetivos o estímulo à criação de um Mercado Comum

⁵⁹ Os países que hoje compõem a CEPAL como *Estados-membros* são: Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, França, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Itália, Jamaica, Japão, México, Holanda, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Portugal, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Espanha, Suriname, Trinidad e Tobago, Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, Estados Unidos da América, Uruguai e Venezuela. Como *Estados associados* são: Anguilla, Aruba, Ilhas Virgens Britânicas, Montserrat, Antilhas Holandesas, Porto Rico, Ilhas Virgens, dos Estados Unidos da América, Ilhas Turcas e Caicos (<http://www.wikipedia.com>).

Latino-Americano. Como é sabido, a CEPAL é um órgão subordinado ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas para dedicar-se ao fomento do desenvolvimento da América Latina e Caribe. Os objetivos da CEPAL na sua criação eram: *a)* incentivar a ação conjunta entre os países para o equacionamento dos problemas econômicos; *b)* elaborar pesquisas e estudos nas áreas econômicas, tecnológicas e de desenvolvimento; *c)* fomentar políticas de desenvolvimento integrado e *d)* coletar, processar e divulgar informações econômicas, tecnológicas e estatísticas.

A Associação Latino-Americana de Livre Comércio foi criada em 1960, visando implantar um mercado comum regional através de uma zona de livre-comércio que deveria ser implantada em 12 anos. A ALALC⁶⁰ visava a promoção do desenvolvimento econômico e social; a coordenação de políticas de finanças, comércio exterior, agricultura e questões monetárias; além do tratamento favorável aos países de menor desenvolvimento relativo (Kunzier, 2002). O Protocolo de Caracas postergou para a década de 80 a sua implantação e a ALALC criou um sistema de pagamento por créditos entre os países-membros na circulação de mercadorias: os bancos centrais de cada país efetuavam procedimentos de compensação multilateral de saldos entre os países-membros. A pouca flexibilidade do tratado e a baixa adesão do setor privado foram fundamentais para gerar os primeiros conflitos no seu funcionamento. Além disso, o autoritarismo político emergente também determinou o fracasso inicial da proposta, vindo a afirmar que qualquer integração regional necessitaria, *a priori*, de regimes democráticos. A volta dos regimes democráticos nos países deu um novo impulso aos projetos de integração.

⁶⁰ A ALALC inicialmente foi formada pela Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Este projeto enfrentou algumas dificuldades: pouca flexibilidade na disposição dos Tratados; a oposição do setor privado e os problemas políticos surgidos com a instalação de regimes políticos autoritários em quase todos os países participantes. Com vários insucessos, a ALALC contribuiu para a formação do Pacto Andino (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru). Em 1973 houve a adesão da Venezuela, e em 1976, o Chile retirou-se do subgrupo (Mariano, 2000).

Na década de 70, os países da América Latina estavam mais voltados para os problemas internos. No final deste período as economias latino-americanas encontravam-se muito mais dependentes do mercado internacional, o que resultou em uma não pactuação de prazos para a constituição do mercado comum regional (Mariano, 2000). A passagem gradual dos sistemas de governos autoritários para os democráticos representativos consumiu um lapso de tempo considerável e retardou a implantação de políticas públicas duradouras e estáveis. Assim, a década de 80 foi a década de inflações incontroláveis para países como Argentina e Brasil, com governos despreparados, sem sustentação política parlamentar e com a implantação de estratégias econômicas frustradas.

Ainda na década de 80, o Tratado de Montevidéu, assinado em agosto de 1980 no Uruguai, criou a Associação Latino-Americana de Integração (ALADI), com sede em Montevidéu. Foram signatários: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. A ALADI objetivava o estabelecimento gradual de um mercado comum latino-americano. A estratégia era permitir, mediante condições de reciprocidade, o comércio intra-regional, pela adoção de tratamentos tarifários e administrativos preferenciais entre os países (Kunzier, 2002).

Logo no início dos anos 80 os primeiros passos da ALADI foram marcados pela crise⁶¹ do endividamento externo da América Latina, o que gerou um retardo no início de suas principais ações e também um distanciamento entre os países no processo de integração regional; visto que se tornou prioridade a busca por soluções para sucessivos ataques inflacionários em quase todos os países membros.

⁶¹ A década de 80 não começou favoravelmente para os projetos de integração, onde as principais preocupações centravam-se na emergência dos governos civis (eleição democrática), com uma conjuntura antiintegracionista, quando 30% das exportações iam para a dívida, a geração de megasuperávits atingida principalmente por contração das importações, a queda na taxa de investimentos, a desordem macroeconômica, a instabilidade de preços, a flutuação da taxa cambial e a perda de competitividade por atraso tecnológico (Mariano, 2000).

Entretanto, os acordos bilaterais entre Brasil e Argentina mantiveram uma constante durante a década de 70 e 80. Mais de vinte acordos bilaterais foram firmados durante este período; que vão desde parcerias culturais para intercâmbio de dados científicos até acordos de livre comércio para produtos agrícolas. Somente em 1988 o Tratado de Integração entre Brasil e Argentina foi assinado na cidade de Buenos Aires – o maior passo de integração bilateral dado entre países da América do Sul visando a cooperação e o desenvolvimento. Ele previa que os territórios dos dois países formariam um espaço econômico comum e que os obstáculos tarifários seriam eliminados num prazo máximo de 10 anos, a partir da entrada em vigor do tratado. Nenhum órgão institucional estava encarregado da condução do processo de formação do mercado comum.

Neste momento, para ambos os países ainda não estavam claras as tendências de participação e de reorganização dos interesses presentes em cada um dos Estados. Contudo, neste momento, todo o desenho institucional foi iniciado com a criação da comissão de execução tendo subordinada a ela as comissões técnicas e a comissão parlamentar conjunta. O processo institucional começa a se desenvolver por exigência de uma ação própria. O alcance das medidas adotadas pelos governos, no que tange a integração, começa a envolver novos interesses (Mariano, 2000).

Em setembro de 1990 ocorreu a primeira reunião do Grupo Mercado Comum Binacional, nela foram criados vários subgrupos técnicos que se encarregariam de coordenar e harmonizar as políticas macroeconômicas dos respectivos países sobre as políticas comercial, aduaneira, fiscal e monetária, industrial, agrícola, energética, normas técnicas, transporte terrestre e marítimo (Kunzier, 2002). Nas últimas reuniões do acordo bilateral, o Paraguai e o Uruguai assistiram a reunião na condição de observadores. Ambos demonstraram interesse em participar do processo de integração econômica argentino-brasileira. As diferenças de ritmo entre os dois países para o

pertencimento no acordo eram preocupantes, visto que os primeiros países vinham de uma trajetória de quase vinte anos de acordos graduais de integração. A partir do reconhecimento de tais diferenças e da manifestação do interesse do Paraguai e Uruguai, as reuniões do Grupo Mercado Comum eram quadripartite e estavam voltadas para a assinatura de um tratado de integração.

Então, em março de 1991 foi assinado o Tratado de Assunção, criando um mercado comum entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. O acordo assinado entrou em vigor no mês de novembro do mesmo ano e cada um dos integrantes ratificou a decisão através de uma legislação própria e específica. O importante, porém, foi a criação de sub-grupos de trabalho do Grupo Mercado Comum:

— Conselho do Mercado Comum (CMC): responsável pela condução de políticas e tomada de decisões para o cumprimento dos objetivos e prazos estabelecidos no Tratado. É formado por ministros da economia e das relações exteriores, que se reúnem no mínimo uma vez ao ano.

— Grupo do Mercado Comum (GMC): órgão executivo do Mercosul e possui uma secretaria administrativa, cuja sede é em Montevideú. É coordenado pelos ministros das relações exteriores. O GMC detinha o poder de convocar, quando julgar conveniente, representantes de outros organismos da administração pública e do setor privado.

O Tratado de Assunção estabeleceu como prazo o ano de 1994 para a constituição plena do mercado comum entre os signatários. Teve sua qualificação como

“Tratado” visto que não estabelecia a constituição do Mercado Comum do Sul, mas estabelecia uma série de princípios, objetivos e mecanismos básicos para a concretização da integração desejada. Ele constituiu as condições para o surgimento de um projeto de integração definindo, claramente, o seu objetivo à criação de um mercado comum. A proposta reforçava a livre circulação de bens; serviços e fatores de produção, e relaciona os meios a serem utilizados: “eliminação de direitos alfandegários e restrições não tarifárias; o estabelecimento de uma tarifa externa comum; a adoção de uma política comercial comum em relação aos outros países; a coordenação de política macroeconômicas e setoriais; a harmonização das legislações internas” (Kunzier, p.101/102, 2002). Logo, tem caráter fundacional, sendo, portanto, constitutivo do Mercosul. O Tratado então demonstrava que a integração do Mercosul avançava em alguns aspectos econômicos, à medida em que a integração regional dos países, decorrente da unificação do mercado, previa o avanço sobre segmentos que compunham a realidade dos países, tais como: meio-ambiente, educação e a saúde.

O peso estatal-burocrático apresentado desde o surgimento do processo de integração acabou por influenciar acentuadamente a “moldagem” da estrutura institucional, pois privilegiou os canais e mecanismos decisórios compostos por representantes que compartilham o mesmo tipo de interesse dos atores iniciais. Ou seja, as decisões do Mercosul iniciaram-se por caminhos onde o poder efetivo dos atores não-governamentais ainda é muito reduzido e, a todo o momento, essas decisões foram sendo “filtradas” pela presença marcante do componente estatal-burocrático. No final do processo, têm-se uma decisão que atendia muito mais às expectativas dos Estados que as dos grupos envolvidos ou afetados por esta decisão, mesmo que setores empresariais estivessem nas negociações.

A criação dos protocolos institucionais corresponde à estruturação dos órgãos, mecanismos de governo e administração do Mercosul. A fórmula que os

concebia determinava a sua natureza jurídica comum, incorporando-se definitivamente ao Tratado de Assunção. Dividindo-se assim:

— Protocolo de Brasília (1991): Sistema de Solução de Controvérsias que não se limitava às negociações diretas bilaterais, mas que possuem intervenções em órgãos institucionais do Mercosul. Se as dificuldades não forem superadas, abre-se instância arbitral. Também previa a possibilidade de adoção de medidas cautelares para evitar danos irreparáveis.

— Protocolo de Ouro Preto (1994): concebeu personalidade jurídica ao Mercosul para que possa se relacionar como bloco econômico com outros países ou órgãos internacionais. Instituiu o Conselho, a Comissão Parlamentar Conjunta, o Foro Consultivo Econômico Social e a Secretaria Administrativa com sede em Montevideú. A manutenção da Secretaria é de responsabilidade dos Estados partes.

A integração passa a ser a base do desenvolvimento econômico. Para isso permite-se a liberdade de circulação de bens, de serviços, de capitais e de pessoas – algo que já estava previsto desde o Tratado de Assunção. A fixação de uma tarifa comum para com os países e a proibição de práticas desleais foi a primeira regulamentação prevista para a circulação de mercadorias. No caso da circulação de capitais, em dezembro de 1994 foram adotados os Princípios de Supervisão Bancária Global Consolidada, cujo objetivo é preservar a solvência e a liquidez das instituições

integrantes ao sistema financeiro dos países-membros, estabelecendo parâmetros técnicos e critérios internacionais (Kunzier, 2002). As normas de divulgação e informação das entidades captadoras de recursos tem amparo no decreto 13/94, que legisla sobre a padronização das informações.

No entanto, quanto à circulação de pessoas um longo debate foi travado. As migrações de trabalhadores do Mercosul estão habilitadas pela “liberdade de circulação dos fatores produtivos” que, naturalmente, incluem a mão-de-obra. O fato é que não se tem nenhum controle rigoroso sobre a circulação de pessoas entre os países, a rigidez da regulamentação se dá pela própria segregação do mercado de trabalho dos Estados àqueles que atravessaram a zona fronteiriça. Do trabalhador que migra entre esses países, pressupõe-se que irá exercer atividades ilegais, trabalhos com baixa remuneração, com vínculos precarizados ou mesmo sem vinculação alguma.

A circulação de pessoas afeta diretamente a circulação de serviços. A liberdade de estabelecimento permite que uma pessoa física ou jurídica possa se estabelecer em qualquer país-membro para desenvolver uma atividade econômica não assalariada. Estão excluídas todas as atividades que não podem ser consideradas dentro daquilo que constitua circulação de capitais, mercadorias ou prestação de trabalho em relação de dependência. A liberdade de estabelecimento é consequência do princípio da livre circulação de bens e fatores produtivos, incluindo a prestação de serviços profissionais de um país-membro da Comunidade em benefício de pessoa ou empresa localizada em outro. O serviço de profissionais é regido pelo Convênio sobre Exercício de Profissionais Liberais de Montevideu, firmado pela Argentina, Uruguai e Paraguai desde 1940 ⁶².

⁶² A circulação de profissionais liberais no Mercosul foi apoiada na década de 50 pela CEPAL, em 60 pela ALALC e ALADI e chegou à década de 80 junto à dissolução das relações bilaterais, continuando seu debate em âmbito do Mercosul. Diante da inexistência de qualquer acordo entre os Estados-membros sobre critérios comuns para solucionar o problema de deslocamentos intracomunitários, se impôs uma reestruturação interna das normatizações sobre imigração. No entanto, problemas com o deslocamento de mão-de-obra subcontratada e clandestina entre países pobres, encontram-se em crescimento, produzindo

A Transição do Acordo Mercosul

As discussões formadoras do grupo Ad Hoc começaram por Brasília em 1993. Contavam exclusivamente com a participação dos ministros das relações exteriores de todos os países-membros e alguns ministros da economia (Argentina) e da indústria (Paraguai). A proposta feita na década de 90 era a decisão sobre o desenho institucional do acordo econômico, suas instâncias de poder e a divisão das tarefas entre os países. O formato intergovernamental foi mantido como regra geral. No entanto, o sistema decisório deveria basear-se na proporção da importância econômica e demográfica dos países da região. A perspectiva de um órgão de interesse comunitário que atuasse com independência dos governos e com capacidade de iniciativa foi recebida com interesse para uma discussão futura.

A reunião do grupo Ad Hoc de 1994 trouxe um perfil diferenciado de participantes: representantes do Banco Central, da Agricultura, da Reforma Agrária, Turismo, Serviços de Obras etc, principalmente entre os membros brasileiros e argentinos. Algumas comissões importantes foram criadas, por exemplo: de Comércio e a Comissão Parlamentar Conjunta⁶³. Também abriu-se a possibilidade de criação de um Foro Consultivo Econômico-Social. Os sub-grupos de trabalho e as reuniões de ministros foram realinhadas e passaram por reformulações. Com o Brasil e a Argentina sempre a frente das principais negociações, o Protocolo de Assunção foi mantido como principal parâmetro, entretanto o fim da transição foi marcado pela reunião acontecida na cidade de Ouro Preto – Minas Gerais. Em dezembro de 1994 o desenho institucional

sentimentos de rejeição à livre circulação de trabalhadores no Cone Sul. Atualmente, o deslocamento de trabalhadores não consta de forma explícita entre as normas que instituíram o Mercosul.

⁶³ A Comissão Parlamentar Conjunta pode assegurar rápida aprovação legislativa das normas do Mercosul. Ao mesmo tempo, sempre surgem mais propostas de normas que não requeiram a aprovação legislativa, com aplicação direta e indireta dos Estados-partes (Mariano, 2000).

do Mercosul teve seu debate definitivo. Assim, em janeiro de 1995 o Protocolo de Ouro Preto começou a vigorar com seus principais órgãos auxiliares criados:

- *Conselho do Mercado Comum (CMC)*: órgão superior do Mercosul, encarregado da condução política do processo de tomadas de decisão para o cumprimento do Tratado de Assunção. Participam todos os ministros das relações exteriores e outros representantes também ministeriais. Possui titularidade jurídica, por isso formula políticas de conformação do mercado comum.
- *Grupo do Mercado Comum (GMC)*: órgão executivo do Mercosul, integrado por 32 representantes oriundos dos ministérios das relações exteriores e bancos centrais. Constitui os sub-grupos técnicos de trabalho (SGT's). Para isso, conta com o apoio dos ministros em reuniões próprias e especializadas, bem como as secretarias de governo de cada país para discutir sobre assuntos determinados.
- *Comissão de Comércio do Mercosul (CCM)*: órgão de suporte para o funcionamento da união aduaneira. Sua função é fazer valer a aplicação da política comercial no interior do Mercosul, com outros países e com organismos internacionais.
- *Comissão Parlamentar Conjunta (CPC)*: órgão representativo integrado por Estados-partes em igual número. Os parlamentares facilitam a entrada em vigor das normas emanadas pelos órgãos do Mercosul.
- *Foro Consultivo Econômico-Social*: órgão de representação dos setores econômicos e sociais. Tem função consultiva, mas tem

autoridade no que se refere às disputas comerciais. O Foro manifesta-se a partir de recomendações ao GMC.

- *Secretaria Administrativa do Mercosul*: com sede permanente em Montevideu, este órgão é responsável pela prestação de serviços aos demais órgãos do Mercosul: oferece logística, informa sobre as medidas implementadas por cada país para incorporar o ordenamento jurídico, registra, serve de arquivo oficial, realiza a tradução nos idiomas oficiais e elabora projetos orçamentários.

O Protocolo de Ouro Preto⁶⁴ permitiu a continuidade do núcleo funcional do Mercosul, no entanto, admitiu a pormenorização das atribuições de cada órgão institucional, tornando mais claro os papéis e suas atribuições. O núcleo funcional do acordo continuou sendo administrado pelos setores burocrático-estatais dos governos de cada Estado-membro, principalmente pelos setores diretamente ligados à formulação de suas políticas exteriores (Mariano, 2000).

O Pacto da Saúde do Mercosul

“A globalização é a era do contágio universal”.

“As sociedades capitalistas parecem viver apenas articulando os elementos que antecipam o comunismo”.

Negri & Hardt

No acordo do livre-comércio, em 1996 a Saúde veio a compor o quadro das mercadorias, serviços, bens e capitais. O interesse por tecnologia que envolvia a compra

⁶⁴ As regras básicas de funcionamento começaram com 26 artigos do Tratado de Assunção e se aperfeiçoaram com os 53 artigos do Protocolo de Ouro Preto e hoje conta com uma densa legislação básica.

de medicamentos e também a produção de conhecimento foi uma solução encontrada para abrir a pactuação de políticas sociais como as da saúde. Uma alternativa dentro do acordo econômico foi a atitude da Saúde brasileira na criação, em 1996, de um Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11) – “Saúde” dentro do Grupo do Mercado Comum (GMC) para a composição da pauta negociadora da política nesta área. A proposta naquele ano era:

- Harmonizar legislações e coordenar ações entre os Estados Partes na área da saúde necessárias ao processo de integração.
- Compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, de forma a alcançar o reconhecimento mútuo no âmbito do MERCOSUL.
- Definir o relacionamento do SGT N°11 “Saúde” com as demais instâncias do MERCOSUL, procurando a integração e a complementação das ações.
- Propor procedimentos de organização, sistematização e difusão da informação referente à área da Saúde entre os Estados Partes.
- Promover o aperfeiçoamento e a articulação dos sistemas nacionais voltados à qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, com o objetivo de reduzir os riscos à saúde.
- Promover e gerenciar propostas de cooperação que visem à integração regional no setor saúde.
- Promover a atenção integral à saúde e a qualidade de vida das pessoas, mediante ações comuns no âmbito do MERCOSUL (Ministério da Saúde, 2006).

Isso representou dotar a Saúde de um poder propositivo com a finalidade de avaliar os objetivos e os trabalhos das Comissões do seu subgrupo, bem como promover a revisão e atualização dos temas de interesse comuns e prioritários para os Estados Partes, levando em conta as mudanças e avanços nos aspectos assistenciais, sanitários, tecnológicos de saúde e também no processo de integração regional.

A Saúde no Mercosul se iniciou como um acordo econômico que privilegiava a circulação de medicamentos e o compartilhamento de ações de prevenção à doenças como parte de uma política entre Estados. A sua percepção como um capital

de barganha deu passos iniciais para o surgimento de um campo de discussões baseado na promoção de ações de proteção, inclusive sanitárias, como era planejado pelo antigo referencial da saúde pública estatal, e agora como parte de um pacto aduaneiro.

Historicamente, até o período higienista, a produção da saúde tinha suas bases integradas a uma perspectiva territorial. Pensar uma sociedade e suas condições de saúde representava também pensá-la sob a perspectiva do território. O perfil de adoecimento de uma sociedade era marcado, portanto como um “lugar”. Afinal, politizar a saúde era dotá-la de um perfil social analítico que privilegiava os estudos sobre as classes sociais, o ambiente (território), o Estado e a nação. Desta forma foram construídos os aportes conceituais do campo da saúde pública. Uma ciência de Estado para a Saúde. Susan Sontag (1984) em seu livro “A doença como metáfora” demonstrava através do discurso narrativo como algumas doenças eram associadas ao pensamento territorial, classista, passível (e necessitante) de uma intervenção estatal; porque precisava ser contida, administrada, calculada e passível de intervenções. Não era coincidência o “lugar” do adoecimento ser o mesmo lugar da pobreza, da falta de hábitos civilizados de higiene. Até o século passado a noção de proliferação da doença atrelada ao “terceiro mundo” nos unia em um patamar mundial de condenação à morte por adoecimentos variados em toda a América Latina e África, segundo os dados epidemiológicos da época.

Ainda sob o referencial da saúde pública, em sua primeira atuação estratégica, o subgrupo de trabalho da saúde no Mercosul definiu três áreas como estratégicas: *a) Produtos para a Saúde; b) Vigilância em Saúde e c) Serviços de Atenção à Saúde.* Na época os governos da Argentina e Brasil eram os que tinham interesse para o controle dos produtos no âmbito de um acordo comercial. Centravam-se na área farmacêutica⁶⁵, produtos médicos, reativos para dengue, saneantes, psicotrópicos,

⁶⁵ Farmacovigilância; critérios de bioequivalência (soros, vacinas e medicamentos genéricos) e biodisponibilidade; qualidade de laboratórios; hemoderivados; transporte e distribuição de produtos

sangue e hemoderivados. Na área da vigilância o controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira davam o perfil do controle que se queria estabelecer. Dentre estes, era notável a necessidade de gerenciar, sob um único parâmetro, o perfil de morbi-mortalidade das suas populações, tecnologias de controle e a geração de inovações tecnológicas nas pesquisas em saúde. Uma perfeita engenharia de Estado: a segurança e a proteção voltadas para as fronteiras.

As ações previam para o campo da atenção à saúde, a prestação de serviços, o exercício profissional⁶⁶ e a tecnologia como áreas de trabalho. A captação de recursos humanos tendia a ser adaptada a um padrão único de formação profissional com intuito de prestação de serviços de cuidado, mas também de produção de conhecimento, visando o avanço tecnológico. À princípio, um discurso da atenção à população fronteiriça formou-se como principal objetivo da ação; pois a prestação de serviços a esta população mostrava-se no discurso aduaneiro como o “lugar” mais vulnerável e, portanto, de atuação mais eficaz.

No Brasil⁶⁷, para a pasta da Saúde durante a década de 90, contraditoriamente do ponto de vista político, o ministro José Serra deixou a principal articulação das ações para o discurso da não fronteiridade entre os países. A política dos medicamentos genéricos retirou das mãos dos seguros privados a negociação com a indústria farmacêutica e deu ao ministério da saúde o poder de realizar tais negociações, eliminando, totalmente, o ministério da fazenda de cena, criando para este fim agências como a ANVISA e a ANS. O fortalecimento do ministério da saúde ampliou-se, pois a ele atribuiu-se o poder de ditar parâmetros para a atuação dos agentes privados na

farmoquímicos, radiofármacos, fitoterápicos; psicotrópicos e cosméticos (Mercosul, 2005).

⁶⁶ O Mercosul tem em sua instância legislativa do SGT 11 um Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, expresso na Portaria nº1156 de 07 de Julho de 2005, do Ministério da Saúde brasileiro. A portaria foi sancionada pelo ministro Humberto Costa e objetiva propiciar o diálogo entre gestores e trabalhadores da saúde para avançar no processo de integração do bloco econômico.

⁶⁷ A primeira gestão de FHC no Brasil contou com quatro ministros para a saúde – quase um a cada ano de mandato.

regulação de medicamentos e de planos de saúde. Acrescenta-se a isto, ainda, a política que quebrou as patentes dos antiretrovirais. Uma das contradições que pretendemos analisar.

A preocupação sobre o controle dos medicamentos e produtos médicos marcava um período em que o Mercosul se afirmava como política de mercado mundial e também, contraditoriamente, avançavam os ideais neoliberais. Na Argentina, por exemplo, Carlos Menem estabeleceu a equivalência do peso ao dólar; ainda que os Estados Unidos crescesse em um ritmo mais acelerado que seu país e isso tenha levado, posteriormente, a Argentina a uma crise fiscal. Muitas empresas estatais importantes da Argentina foram privatizadas neste período – um reflexo da “harmonização do neoliberalismo” em toda a América Latina durante a década de 90.

A Saúde no Mercosul após a Batalha de Seattle

As ações desenvolvidas para a Saúde são divididas em dois fóruns: as reuniões de ministros da saúde e um Subgrupo criado especialmente para atuar nesta área (SGT 11). A criação de uma agenda comum para a Saúde era a função estabelecida para o SGT 11 dentro do GMC. Articular os ministros da saúde de cada país era parte da estratégia montada para agregar capital político e legitimar uma ação de integração entre os países. O SGT 11 é composto por comissões, subcomissões específicas e grupos Ad Hoc. São nas reuniões ministeriais que os acordos são aprovados e tornam-se agendas de execução. Esses encontros acontecem de forma semestral, em cidades alternadas pertencentes ao acordo Mercosul. Nas reuniões, geralmente, pode-se contar com a participação de todos os países; incluindo os países-membros e também países-associados.

Somente no ano de 1998 a agenda do SGT 11 iniciou seus trabalhos, ainda era o momento de afirmação do Subgrupo e suas atribuições, além da divisão das tarefas entre os Estados. O controle de doenças como a dengue, chagas e febre amarela dava o tom das discussões. O comércio dos produtos e o controle de alimentos passariam a ser fiscalizados por uma vigilância conjunta. A formação profissional entre os graduandos de cursos da área da saúde mostrou-se pela primeira vez como pauta⁶⁸.

O controle sobre doenças se estendeu ao ano de 1999 nas reuniões ministeriais, sempre se destacando como principal ponto das discussões a cólera, o sarampo, desnutrição, dengue e chagas. Alguns perfis de morbidade demonstravam que as doenças do cone sul representavam um problema para a saúde pública de todos os países; pois já tinham se erradicado em muitos países ricos e ainda assolavam o cone sul em surtos epidêmicos. O que se questionava era a possibilidade de eliminação desses surtos principalmente em cidades fronteiriças. A reunião ministerial acontecida na cidade de Asunción (Paraguai) mostrou-se focada nos assuntos relacionados à proteção das fronteiras nacionais e pela primeira vez pautou-se à produção de um sistema de informações na *web*. Esse sistema unificaria os dados epidemiológicos e sanitários de todos os países do Cone Sul. A tentativa visava facilitar o controle das doenças em todos os países e apontava para a necessidade de construção de um banco de dados único (Ata 01/99; Mercosulsalud, 2006).

No mesmo ano, a percepção da formação de um discurso que colocasse em questão os serviços se evidenciou nas duas reuniões ministeriais. Os serviços de saúde do Brasil são os únicos do cone sul que possuem sua estrutura de funcionamento descentralizada e isso se constitui como algo que dificulta a integração⁶⁹. No entanto, o

⁶⁸ A reunião ministerial de 1998 aconteceu na cidade de Buenos Aires e a presidência *pro tempore* era brasileira (Ata 02/98; Mercosulsalud, 2006).

⁶⁹ “Um processo de harmonização efetivo deve tomar como ponto de partida o sistema de valores, ou seja, uma solidariedade que leve em conta: as diferenças de capacidade contributiva e a correção das desigualdades de acesso; a existência e a qualidade da informação e do controle social; as diretrizes éticas quanto aos cuidados de saúde e as prestações; e finalmente a harmonização da responsabilidade financeira

SUS deu subsídios para o amadurecimento de muitas discussões sobre sistemas e serviços de saúde na América do Sul. O Mercosul do SGT 11 buscava dar certa linearidade às ações propostas. Na leitura das atas da época ficou explícita a percepção que padronizar a descentralização das ações representava para os países envolvidos uma estratégia de desenvolvimento. Algo que seria gestado não do ponto de vista fronteiriço⁷⁰, mas como uma estratégia de Estados, harmonizando uma política. O Brasil mostrava-se como exportador de sua tecnologia de educação em saúde e de prevenção de doenças através de ações que pressupunham o envolvimento com comunidades pobres. Além disso, o modelo de controle social da Saúde era parte da tecnologia que visava-se aplicar aos demais países. Um “certo otimismo” constava na ata da reunião, referindo-se a liderança assumida pelo governo brasileiro na exportação de sua modelagem considerada “de excelência” (Ata 02/99; Mercosulsalud, 2006).

No ano 2000, o primeiro resultado da política de José Serra surge como ponto de discussão nas pautas ministeriais. A política dos anti-retrovirais foi debatida entre os “medicamentos essenciais” dos países-parte. A pauta guardava forte relação com a agenda política dos movimentos globais pós-Seattle, pois que envolvia a quebra de patentes desses medicamentos essenciais, o que provocaria uma tensão com os laboratórios internacionais. A quebra de patentes passou a ser o principal ponto de discussão sobre a saúde no âmbito do Mercosul. A proposta brasileira era de quebrar as patentes para produzi-los e comercializá-los com custos mais baixos para todos os países do Mercosul (Ata 01/00; Mercosulsalud, 2006). Para tal, a presidência *pro tempore* da Argentina criou um grupo de trabalho para que analisasse uma metodologia de harmonização de um sistema de contas nacionais de saúde entre os Estados-partes e

dos diversos estados nacionais em seu compromisso com a Saúde” (Dain *in* OPAS, 2004).

⁷⁰ Somente o Brasil tem um sistema unificado público de saúde na América Latina, além disso, o Mercosul conta com aproximadamente 850 a 1000 municípios em fronteira. O Paraguai, por estar no centro da América do Sul, tem 85% de seus municípios fronteiriços. Entretanto, países como Chile e Uruguai gastam 10% de seu PIB com a Saúde, enquanto o Brasil 8,3%.

os Estados-associados. Esse sistema estava diretamente relacionado ao interesse pela política de produção e comercialização de medicamentos de cada país.

A política dos medicamentos genéricos foi um outro marco para a saúde pública brasileira. A quebra de patentes era uma atitude considerada “corajosa” do governo brasileiro, um enfrentamento aos grandes laboratórios internacionais, muitos deles norte-americanos e europeus. A comercialização do medicamento dissociado da marca laboratorial teve repercussão mundial, pois os *lobbies* eram muitos para que isso não acontecesse. Toda a indústria farmacêutica tinha olhos direcionados para o Brasil. O discurso que se veiculava nas reuniões do Mercosul era o de solidariedade entre os países pobres para a administração da comercialização de medicamentos entre comunidades carentes. Uma forte política de Estado foi travada para resguardar as ações que o governo brasileiro aplicava em prol dos genéricos. Contudo, a produção desses medicamentos desencadeou um amplo debate de proteção à saúde dos países pobres. O “enfrentamento” do governo brasileiro aos grandes laboratórios teve o apoio dos outros países do Mercosul, pois todos ganhariam com a ação brasileira, facilitando o comércio a custos baixos entre os países aduaneiros. Somente uma política supranacional viria a reforçar esse acordo para a Saúde.

No ano 2000 a pauta sobre a produção de um sistema de informações voltou a compor as agendas ministeriais e ficou estabelecido que a cada trimestre os países enviariam uma análise conjuntural de cada região. Isso para fortalecer a troca de informações sobre a Saúde associada ao cenário político de cada país. A manutenção de um sistema integrado de informações estava associada à criação de uma metodologia de compensação financeira a pessoas que fossem atendidas em regiões fronteiriças de outros Estados. O sistema notificaria de forma compulsória o motivo do atendimento e cada país receberia pelo serviço prestado ao imigrante (Ata 01/00; Mercosulsalud, 2006). Esse sistema compensatório se assemelha ao existente na União Européia. Lá

utiliza-se a expressão “cuidados transfronteiriços” como um termo genérico que corresponde tanto as relações de cooperação em regiões fronteiriças, como também os cuidados de saúde recebidos em outro Estado membro sem qualquer implicação de proximidade (Dain *in* OPAS, 2004). A burocracia estatal, no entanto, não é fácil de ser padronizada, mesmo em se tratando de acordos avançados como a União Européia. No caso do Mercosul, não existe uma política de cuidados transnacionais ou transfronteiriços como o europeu.

Ainda no ano 2000 a reunião ministerial teve o aprofundamento de temáticas específicas: o HIV/AIDS e o tabagismo. Iniciou-se com a troca de informações obrigatórias sobre as epidemias e pactuou-se uma vigilância epidemiológica integrada para a atuação no controle da AIDS. Os medicamentos antiretrovirais ainda compunham a mesa de negociações e a tentativa de implantar um sistema de vigilância apontava para a construção de um programa único de informações.

A mesma alternativa aplicou-se ao caso do tabagismo. O Brasil lançou um programa de controle ao tabagismo e com apenas R\$5 milhões em gastos com materiais informativos para todos os países; montou-se a proposta a ser discutida em conjunto com todo o Mercosul (Ata 02/00; Mercosulsalud, 2006). Pela primeira vez a reunião semestral teve temáticas tão específicas. Para isso reforçou-se em ata a necessidade de aprimorar cada vez mais os mecanismos de comunicação entre os países, principalmente via *web*.

O HIV e o tabagismo carregam um forte simbolismo como pauta negociadora entre ministros da Saúde no Cone Sul. O primeiro por ser uma epidemia, ou melhor, pandemia que assola diversos países pobres e ricos, mas com grande incidência entre os países africanos. Planejava-se uma aliança para a circulação de medicamentos antiretrovirais, informações, montagem de sistemas de informática e difusão de dados de pesquisa sobre o tema de forma automática e compulsória entre os

países aduaneiros. Os medicamentos antiretrovirais são produzidos no Brasil após a quebra das patentes internacionais. Antes, o “coquetel”, tinha sua fórmula sob sigilo entre vários laboratórios espalhados por diversas nacionalidades. Atualmente sua produção tem localização também situada em países como o Brasil e a Índia.

No caso do tabagismo sabe-se que a indústria do tabaco situa-se em grande parte nos países pobres, e o enfrentamento foi algo padronizado, iniciado por países como a França e a Holanda, um dos primeiros a proibir a propaganda televisiva dos produtos relacionados ao fumo. A atitude se alastrou por vários outros lugares, obtendo um êxito indiscutível. A extinção da propaganda esteve diretamente relacionada à redução do uso, principalmente entre os jovens e os adolescentes. As ações ministeriais do Mercosul que afirmavam uma política de controle do uso do tabaco⁷¹ tiveram custos financeiros muito baixos para os países e obteve repercussão mundial imediata.

O Regulamento Sanitário Internacional

O ano de 2001 foi marcado por um retrocesso nas discussões do SGT 11. Retomou-se o debate sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) à pedido da OMS/ONU. O RSI é uma normatização programada pela OMS e diz respeito ao controle de fronteiras, portos e aeroportos. O Relatório original surgiu em 1969, com o objetivo de formar uma rede de alerta e controle entre os países que observassem o surgimento de doenças como a varíola, febre amarela, chagas e cólera. Os 192 países membros que deveriam ratificar o Regulamento têm a missão de notificar aos demais países membros da OMS quando houver uma ocorrência dessas doenças em seus territórios.

⁷¹ O Programa de Controle do Tabaco tinha financiamento e recomendação da OMS/OPAS para que avançasse no debate. Foram selecionados alguns estados/províncias de cada país do Mercosul para iniciar a capacitação dos seus recursos humanos de forma conjunta.

Pela primeira vez, o RSI surgiu como pauta de uma reunião de ministros de saúde do Mercosul, uma pauta determinada e obrigatória pela OMS. A medida pode ser considerada uma perda para os debates ministeriais, até porque as discussões caminhavam de forma mais autônoma no que se refere aos acordos mundiais dos demais países. As pautas eram livres. O Mercosul da Saúde sempre moderou suas negociações de forma que beneficiasse o cone sul. Os debates surgidos no SGT 11 iniciavam uma agenda de harmonização e, às vezes, ensaiavam uma política de proteção aos países na forma de um mercado comum de medicamentos, ações e até modelos de atenção à saúde como parte de seus acordos mais evolutivos. A agenda ditada pela OMS fazia brotar um debate fronteiro, trazendo à tona discussões que re-afirmavam o poder estatal, a segurança nacional de cada país e reforçava a zona de fronteira como o lugar do risco, de representação da pobreza e da miséria. Um signo que apontava para o fato que a medicina tropical não morreu. A agenda era mundial. Considerando ser a OMS um órgão da ONU, sabemos que a pauta ditada pela mesma torna-se uma pauta obrigatória entre os ministros da saúde de todos os países. A soberania supranacional afetava o Cone Sul e fragmentava as ações de um grupo que ganhava força, tendo sua pauta política desativada em função de uma agenda internacional.

Do que se tratava na antiga medicina tropical? Em que o Regulamento Sanitário Internacional se relaciona com isso? A medicina tropical existe até hoje como ciência. E como ciência viva que estuda as doenças dos territórios. Parte do pressuposto que o estudo de determinados territórios (exóticos), como os trópicos, representa a evidência maior sobre as doenças relacionadas à pobreza, ao contágio, à sexualidade descontrolada, à contaminação e à transmissão. Essa ramificação dos estudos da medicina focaliza a perspectiva do território de maneira higienista, partindo de teses que afirmam que “as doenças vem dos trópicos”. O “lugar” da pobreza e da miséria sem

dúvidas representa o lugar do adoecimento⁷². Afinal, politizar a saúde pública pelos olhos da medicina tropical era dotá-la de um perfil social analítico que verificava a cultura, o clima, o ambiente (território), o Estado e a nação na formação de seus aportes conceituais.

Não era coincidência o “lugar” do adoecimento ser o mesmo lugar da pobreza, da falta de hábitos civilizados de higiene. Até o século passado a noção de proliferação da doença atrelada ao “terceiro mundo” nos unia em um patamar mundial de condenação à morte por adoecimento em toda a América Latina e África. Existe um paralelo traçado entre o colonialismo e a doença. Se o indígena está doente, justifica-se uma ação imperialista interventiva com a população indígena. A noção de adoecimento ainda carrega um sintoma de falta de civilização. Se exemplificarmos através da situação africana, sabemos que é o continente que se mostra como o “lugar” da doença aos olhos das instituições de apoio financeiros supranacionais (Hardt & Negri, 2001).

A morte do “segundo mundo” após a queda do socialismo, dividiu-nos em apenas dois: o primeiro e o terceiro mundo⁷³. Esse parâmetro não é confortável aos olhos dos cientistas sociais da saúde. A civilização, ou melhor, o modelo civilizador colonialista dissemina um “horror do contato”. Conseqüentemente o horror do fluxo, da

⁷² Podemos afirmar que a medicina tropical é a “ciência dos valores”. Para ela os costumes dependem do clima, da ambiência, do território quente dos trópicos. É preciso lembrar Montesquieu (1772) quando afirmava: “Não devemos, pois, espantar que a covardia dos povos de clima quente os tenha, quase sempre, tornado escravos, e que a coragem dos povos de clima frio os tenha mantido livres. É uma consequência que deriva de sua causa natural”. A doença atribuída aos “trópicos” aflige a “civilização”. Os trópicos guardam a pobreza, a vida sem controle sobre a natureza, onde as pessoas não usam da racionalidade científica como ferramenta evolutiva rumo à civilização. Os problemas das fronteiras mundiais são os mesmos atribuídos a toda população fronteira de qualquer região. Internamente, o sertanejo nordestino brasileiro é o viajante, inferior pelo seu porte físico, pelo número de doenças que se encontra suscetível na sua condição de pobreza, de estatura baixa pela sua desnutrição, pelas parasitoses que já viveu ou mesmo infecções. É um mutante socialmente pelo seu eterno nomadismo e também um mutante geneticamente pela ambiência climática castigante do calor e pela sua saúde constantemente abalada. Estão em todos os lugares, das pequenas cidades às metrópoles; por não suportarem o seu “lugar” espalham-se de forma viral por todos os territórios.

⁷³ Negri nos lembra que nada foge ao Império, não há “dentro” (capitalismo) e “fora” (socialismo), o local de pobreza ou da riqueza. O Império está em todo lugar e em lugar nenhum. Em recente entrevista ao jornal Estado de São Paulo (09/09/2005) disse: “Nos EUA, por exemplo, New Orleans passou a ser um país em desenvolvimento.[...] O terceiro mundo está em qualquer lugar. Você pode encontrá-lo em Los Angeles, em New Orleans, na periferia parisiense e em todos os países desenvolvidos”.

troca, do contágio, da miscigenação e da vida sem limites⁷⁴. “A higiene requer barreiras protetoras” (Hardt & Negri, p.152, 2001). Pensar o contexto da globalização atual nos ajuda a quebrar alguns conceitos do mundo colonial. A mobilidade das populações, o rompimento de antigas barreiras de deslocamento nos remete a alusão do pensamento fronteiriço de segurança estatal no que se refere à saúde das populações.

O exemplo clássico da nossa época centraliza-se na pandemia da AIDS que se expande em altíssima velocidade em todos os países do mundo. Independente do “grau civilizatório”. Primeiro foi estudada como doença, daí desenvolveram-se pesquisas para o mapeamento de suas origens, onde descobriu-se que seria na África ou talvez no Haiti. O lugar da pobreza é o local da sexualidade descontrolada, da falta de higiene e de corrupção moral. O discurso formado que vigora a partir de então é o de evitar o contato e usar proteção (idem, 2001).

A formulação do Regulamento Sanitário Internacional pela OMS aponta-se como medida necessária a elaboração de projetos internacionais e supranacionais para deter pandemias, pressupondo que as pandemias situam-se nas fronteiras. A população fronteiriça, certamente mais vulnerável, torna-se o alvo das discussões por ser a fronteira a representação do não-lugar. Escamoteia-se o discurso e implanta-se um referencial culpabilizador da busca pelo território responsável: “Onde está o foco da doença?” Até na fronteira, a vigilância está em todo lugar!

Ainda em 2001 o RSI passava por uma revisão textual e também conceitual nas reuniões da OMS e da OPAS. Na reunião ministerial do Mercosul sua aplicabilidade embasava o controle de doenças como a dengue, chagas, sarampo, febre amarela e cólera. A reunião daquele ano se iniciou com o debate para a elaboração de um plano de vigilância e controle de enfermidades transmissíveis. Além disso, a

⁷⁴ “A doença da selva é o fato de que a vida brota em toda parte, tudo cresce sem limites. Que horror para um higienista! A doença que a colônia libera é a falta de fronteiras na vida, um contágio ilimitado. Se olharmos para trás a Europa parece tranquilizadamente estéril” (Hardt & Negri, p.152, 2001).

produção de medicamentos antiretrovirais e a distribuição de medicamentos essenciais foram pela primeira vez discutidas também entre os países associados como a Bolívia e o Chile – a partir de então presentes na reunião (Ata 01/01; Mercosulsalud, 2006).

Algumas reuniões ministeriais apontam para a inserção de determinadas temáticas relevantes aos países membros e associados. O ano de 2002 foi marcado pela seqüência de discussões sobre o HIV/AIDS. Um banco de preços de medicamentos foi proposto como ação conjunta. E a pauta sobre o *Aedes Egypt* se manteve. No entanto, a criação do “www.mercosulsalud.org” – um *site* que continha todas as informações sobre as ações dos ministros da saúde dos países do Mercosul e onde as ações do SGT 11 tiveram destaque. O Brasil foi o país escolhido para se responsabilizar pela manutenção das informações que seriam colocadas na *web* (Ata 01/02; Mercosulsalud, 2006).

Em 2003 a inserção de novas preocupações fronteiriças veio a preencher o debate da reunião ministerial: a SARS ou gripe aviária e a saúde sexual e reprodutiva. As medidas de contenção do contágio e prevenção à transmissão radicalizavam-se com a chegada da “nova epidemia”. A “gripe do frango”, como foi popularmente denominada, revigorou as discussões sobre o Regulamento Sanitário Internacional. A concepção de adoecimento globalizado parecia manter um modelo ampliado da medicina urbana descrita por Foucault. A doença viria das águas, dos animais, do ar, dos microrganismos que não necessariamente fazem do ser humano um mediador. O controle dos portos e aeroportos foi determinante neste momento. Estava em jogo a capacidade destes países em responder pelo adoecimento e morte de suas populações, mas também de atender ao mercado⁷⁵ consumidor de carnes, transmitindo segurança para a produção e circulação das mercadorias produzidas pela América do Sul.

Mais uma vez o Mercosul tinha um grande argumento pautando suas reuniões. A SARS marcou um momento de ampliação do debate sobre o Regulamento

⁷⁵ A Argentina e o Brasil lideram a produção de carnes (bovina, suína e avícola) na América do Sul e exportam para vários países europeus.

Sanitário Internacional. A doença carregava consigo o “não lugar”. Poderia estar nas aves que viajam e migram em qualquer território; poderia ser “levada” por pessoas em deslocamento de um continente para outro; poderia ser trazida em aviões; poderia estar em animais de “procedência duvidosa”. Qual seria o lugar de “procedência duvidosa”? Os focos foram encontrados em localidades pequenas de todos os continentes do mundo, sem exceção.

Fica a mudança conceitual do debate da saúde: nem normal, nem patológico; não se fala da cura, nem da doença; o debate gira em torno do “portador”. Fala-se do portador de prováveis doenças, de prováveis deficiências, de prováveis transtornos. O “*portador*” é móvel, nômade, sem rosto e está em constante movimento. Se desloca permanentemente. O desenvolvimento da epidemiologia dos fatores de risco caracteriza o perfil do adoecimento centrado na possibilidade do que cada um de nós possa “portar”. O “risco” é indeterminado, pois é sempre uma possibilidade. Carregamos conosco, portamos. O conceito cria uma idéia durável de quase doença, que não implica necessariamente em relacionar-se com um mal-estar ou que seja necessário a visão de um sintoma; mas implica no permanente cuidado.

No caso da saúde nunca é cedo demais para começar a cuidar de si, nem tarde demais que nada possa ser feito. A antiga definição de normal e patológico foi substituída por um estranho estado de “quase doença”, que nos obriga ao cuidado cotidiano e que dura enquanto houver a crença que algo pode ser feito. A não ser no estado terminal do adoecimento, onde nada se pode fazer senão aceitar a morte. A SARS trouxe uma discussão para a arena política do Mercosul: a possibilidade do fim de uma fronteiridade territorial, mas também do fim da fronteiridade entre a cura e a doença. Algo que sempre está em aberto, no limiar, na perspectiva da atenção permanente. O “portador” não está nem no território e nem no tempo.

No que se refere à saúde sexual e reprodutiva, neste mesmo contexto iniciou sua inserção na arena dos debates ministeriais. A inserção do assunto se constituiu por uma demanda dos ativistas das políticas por igualdade de direitos nas questões de gênero. Entretanto, sua aplicabilidade se iniciaria com o discurso sobre a criação de um banco de dados que registrasse os casos de doenças sexualmente transmissíveis notificadas nas fronteiras dos países. O RSI trazia contrapontos aos debates de forma retrógrada e que deveriam ser administrados pelo SGT 11 para que fossem contemplados na legislação do regulamento.

Ainda em 2003, os países do acordo aduaneiro fizeram uma vacinação conjunta de suas populações. A Fundação Oswaldo Cruz, a maior produtora de imunoderivados da América Latina, doou aos países do cone sul 300 mil doses de vacinas que foram transportadas pelo Unicef para que a imunização funcionasse de forma articulada, evitando assim a proliferação de algumas doenças que se disseminam pelo contato (poliomielite, sarampo e gripe). A ação serviu como um teste de amostragem para futuras pesquisas que indicavam a necessidade de repetir a vacinação dos “vizinhos” ao mesmo tempo. Assim, as barreiras sanitárias reforçariam sua concepção territorial.

O valor da vacinação pública das populações e seu papel definitivo na erradicação de várias doenças em todo o mundo é algo reconhecido por sua eficácia. O RSI trazia como hipótese as mesmas teses do discurso da imunologia como ciência: o discurso bélico de “ataque” e “defesa”. A vacinação harmonizada era providencial aos países. Os critérios de amostragem baseados nas zonas de fronteira instrumentalizava os países para o uso do “ataque” à doenças como uma estratégia de “defesa” de suas populações. Os critérios de amostragem desta pesquisa se baseavam, provavelmente, na “defesa biológica universal” do cone sul. As campanhas de vacinação representam a forma mais antiga de imunização de massa como política de Estado. Imunizar sempre

representou proteger as populações, garantir a reprodução dos corpos saudáveis, assegurando a formação de barreiras ao desenvolvimento de doenças. A medicina de Estado agora transformava-se em uma “medicina supranacional”.

Neste período a idéia de integração foi algo totalmente abandonado por Menem e FHC, pois ambos priorizaram uma área de livre-comércio com o objetivo de abrir o mercado a qualquer custo – não tinha por princípio a busca por integração ou cooperação. Em curto prazo isso gerou uma crise no Mercosul, agravada pela crise econômica que afetou os quatro países do bloco, com maior profundidade na Argentina⁷⁶.

O aprofundamento da agenda de Seattle na Política de Saúde do Mercosul

Com as bases implantadas, o SGT 11 veio a desenvolver metodologias próprias, ramificação do trabalho em comissões e começou a demonstrar um perfil mais técnico nas suas reuniões ministeriais. No ano de 2004, as atas coletadas demonstravam até uma mudança no vocabulário de suas redações textuais. Falava-se em “luta política”, “saúde e desenvolvimento” ou “gestão do controle de vulnerabilidade”. Vários grupos de trabalho cresceram em seus debates com a participação de membros de movimentos ativistas, órgãos públicos⁷⁷ dos governos dos países envolvidos (banco central,

⁷⁶ O ápice da crise argentina aconteceu em dezembro de 2001 quando a população iniciou o movimento denominado “panelaço” contra as medidas fiscais adotadas por Fernando De La Rúa. O presidente almejava deter o déficit fiscal, após uma seqüência de privatizações, através de novos empréstimos solicitados ao FMI. Vários comércios em regiões empobrecidas das províncias argentinas sofreram saques por parte de populações que saíam às ruas batendo panelas e reivindicando o fim da recessão. Em dois dias de conflitos, com a morte de várias pessoas nas ruas, o presidente declarou estado de sítio e, em seguida, renunciou seu mandato juntamente com o seu ministro da economia (Domingo Cavallo).

⁷⁷ A transição para os governos de esquerda na América Latina influenciou diretamente na formação dessa agenda de discussões para a Saúde. O número de técnicos envolvidos aumentou significativamente através do Ministério da Saúde brasileiro, além disso, o fórum abriu espaço para todos os movimentos organizados que pleiteavam a inserção de seus debates na agenda aduaneira. Isso gerou uma demanda ainda maior aos técnicos, que conseqüentemente, inseriram mais atores para a moderação das reuniões ministeriais e também do SGT 11. Este foi posicionamento comum a todos os outros países do Mercosul nesta época.

instituições trabalhistas...), sindicatos, grupos de estudos universitários, OPAS etc. Então, o fórum se abriu. Havia uma percepção da integração regional como um capital político para todos os membros.

Alguns grupos cresceram a ponto de tornarem-se comissões dentro do SGT 11: Comissão de Saúde e Desenvolvimento (que recebeu financiamento da OPAS para pesquisas); Comissão de Revisão do Regulamento Sanitário Internacional; Comissão Intergovernamental de Gestão de Riscos e Controle de Vulnerabilidades (Brasil); Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Uruguai); Conselho de Busca e Transplante de Órgãos (Argentina) e até uma capacitação massiva para serviços de medicina comunitária⁷⁸ foi também proposta (Argentina). Uma política de medicamentos para os Estados-partes e associados foi aprovada também no ano de 2004, com programas e ações definidos (Ata, 02/04; Mercosulsalud, 2006).

No Brasil, a chegada do candidato Lula à presidência modificou o perfil do grupo da saúde. Primeiro porque houve um maior deslocamento de profissionais dos quadros do governo para compor o SGT 11. Segundo, porque possibilitou a abertura do subgrupo para a entrada de vários movimentos organizados e instituições de saúde do Mercosul. Isto é, a partir do ano de 2003 o espaço para as discussões da Saúde tornou-se mais plural e ganhou dimensões maiores que a preocupação unicamente fronteiriça. Além disso, algumas pautas de discussão que até então caminhavam lentamente foram agilizadas, como as ações de controle de doenças (dengue, febre amarela, sarampo e chagas).

No ano de 2004 o então ministro brasileiro da saúde, Humberto Costa, exercia a presidência *pro tempore* e compareceu a grande parte das reuniões

⁷⁸ A Estratégia de Saúde da Família brasileira foi “exportada” para dois países como modelo de gestão da atenção à saúde: Argentina e Bolívia. O interesse em gerar programas com essa formação fez com que o Brasil enviasse técnicos do ministério da saúde para a capacitação em medicina comunitária e também para a criação de formas de financiamento de gestão descentralizada dos serviços de saúde (como o caso do SUS).

preparatórias das comissões, além das semestrais ministeriais. A contribuição chilena (país associado, não membro do Mercosul) começou a ter destaque em debates importantes nas pautas sobre gênero e saúde reprodutiva. Iniciava-se a virada à esquerda na América Latina.

Em 2005 foi aprovado o Regulamento Sanitário Internacional e no segundo semestre do mesmo ano iniciou-se sua implementação. Em reunião foi apresentado pelos Estados-partes com poucas alterações das propostas que vinham sendo debatidas nos anos anteriores e também redigidas pela OMS. O ano se iniciou com novos Estados associados: Colômbia, Equador e Venezuela. O Peru também assistiu as reuniões ministeriais do primeiro e segundo semestres (Ata, 01/05 e 02/05; Mercosulsalud, 2006). Foi também em 2005 que surgiu a proposta de um debate ampliado sobre a saúde ambiental e do trabalhador entre os países.

Ainda em 2005 foi criado pelo SUS o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS – Fronteiras), tendo como principais objetivos a promoção e a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira; além disso, visava organizar e fortalecer os sistemas de saúde locais entre tais municípios⁷⁹. O Brasil tem 121 municípios fronteiriços⁸⁰ entre o norte e o sul do país. O projeto conta com o auxílio das universidades federais de cada estado nacional em zona de fronteira na realização dos diagnósticos locais de saúde e também na elaboração dos planos operacionais. O projeto já recebeu inúmeras críticas, pois foi pensado somente para áreas brasileiras quando deveria ser algo articulado com os países que compõem o acordo Mercosul. Por

⁷⁹ Ao total estava previsto: 12 municípios do Mato Grosso do Sul, 18 do Paraná, 29 do Rio Grande do Sul, 17 do Acre, 08 do Amazonas, 02 do Amapá, 04 do Mato Grosso, 09 de Rondônia e 09 municípios de Roraima. Totalizando 108 municípios em duas fases de seis meses de execução do projeto (CONASS, 2006).

⁸⁰ Segundo o IBGE, município fronteiriço é aquele que está na linha de fronteira ou que sua sede se localiza até 10 km da linha de fronteira. Em recente pesquisa realizada por Paulo Peiter da Universidade Federal do Rio de Janeiro, essa questão fronteiriça da Saúde entre os Estados mostra-se como uma balela. Os problemas encontrados nas fronteiras municipais do Brasil, com seu sistema unificado de saúde, são os mesmos encontrados entre as fronteiras nacionais. As fronteiras se constituem como uma “zona de transição”, por isso são flexíveis. Possuem um conceito que na realidade se operacionaliza pela ótica da geografia humana mais que uma geografia física. O espaço é social e o território é um processo.

isso, mostra-se um projeto fraco, sem sustentação política e sem base constitutiva entre os movimentos de luta pela saúde.

Entre os financiamentos obtidos, a Comissão “Saúde e Desenvolvimento” apresentou os resultados de suas pesquisas e também a ramificação de novas linhas de investigação criadas a partir dos financiamentos da OMS/Washington. Com a abertura do SGT 11 aos diversos fóruns ampliados e grupos sociais, a OMS e a OPAS passaram a ter representantes fixos compondo as reuniões da saúde no âmbito do Mercosul. Ao Brasil ficou estabelecido ser o país responsável pela composição das linhas de investigação sobre fitoterápicos⁸¹ e também pelo estudo sobre o perfil dos sistemas de saúde dos países do Mercosul (Ata, 01/05; Mercosulsalud, 2006). Certamente o interesse desmedido pela biodiversidade brasileira estava em questão. A OMS/ONU não financiaria uma outra linha de pesquisa ao Brasil que não fosse relacionada às plantas medicinais no âmbito do Mercosul. Cada país recebeu financiamentos específicos às suas potencialidades, que, certamente, demonstram os interesses de “captura” pela OMS. O Brasil deveria “globalizar” conhecimentos sobre sua potência maior: a (bio) diversidade. Este pacto da saúde iniciado pelo cone sul tornou claro o interesse de outros países na produção aduaneira. Para se ter idéia, dentre o número de pessoas que acessaram o site produzido pelo SGT 11 (www.mercosulsalud.org) no ano de 2005, 67% dos acessos advinham dos Estados Unidos, 19% do Brasil, 10% dos Estados parte e associados e apenas 4% são de acessos vindos de outros países.

São números significativos do ponto de vista dos acordos que viriam em seguida. Em 2006 a OMS, órgão da ONU, entrou definitivamente para o acordo do Mercosul através da pactuação de uma política de saúde conjunta. Na reunião ministerial deste ano, a OPAS elaborou e apresentou uma “Política para nível sub-

⁸¹ Podemos talvez inferir que o interesse pelo nosso potencial fitoterápico esteja voltado para a guerra das patentes sobre produtos medicinais e cosméticos baseados em princípios-ativos que só se extraem de plantas retiradas da região amazônica e da mata atlântica; ou mesmo pelo nosso baixo controle à biopirataria.

regional Mercosul” que disponibilizava US\$400.000,00 para pesquisas que viessem a atender as necessidades da produção regional. Desta forma, um braço da OPAS/OMS se inseriu e se instituiu, definitivamente, no Mercosul com a *maior* parte do capital para pesquisas sobre a Saúde no cone sul.

A ação junto a OPAS acontecia de forma inversa e paralela à política de medicamentos essenciais planejada entre os Estados-parte. Na análise dos documentos percebe-se uma narrativa interessante das reuniões sobre o tema. O discurso veiculado pelos países em ata trazia uma bandeira de luta contra a indústria farmacêutica. A proposta da Comissão de medicamentos era formar uma ação que unificasse a produção e a comercialização dos produtos em valores mais baixos somente para os países do Mercosul, desta forma, a política serviria como uma estratégia de mercado contra a hegemonia dos laboratórios europeus e americanos.

A circulação de medicamentos essenciais a preços baixos começou a funcionar naquele mesmo ano. Havia um discurso homogêneo entre Chaves, Bachelet, Lula e Morales: a defesa às camadas mais pobres da sociedade. As políticas de produção interna de medicamentos entre os países do Mercosul chegam exatamente neste contexto de planejamento de uma estratégia contra os laboratórios internacionais. A chegada da OMS, a luta entre grupos de interesse e lobistas de todas as áreas da indústria farmacêutica e produtos médicos começava a compor o quadro das agendas das reuniões ministeriais de cada um dos países envolvidos. Em 2006 não somente os governos⁸² estavam a frente do direcionamento das ações do SGT 11. ONG’s, empresas

⁸² Em recente pesquisa coordenada por Lígia Giovanella da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz percebeu-se que nas regiões de fronteira já existem vários acordos para ações conjuntas entre os municípios. As pessoas são atendidas, quando necessário, em qualquer um dos “lados” dos países limítrofes. Os “acordos” ficam à cargo dos gestores, e quase sempre geram respostas positivas à população. Por iniciativas próprias, algumas cidades já realizaram imunizações conjuntas, campanhas contra a dengue e outras possuem até carteira de vacinação única para os cidadãos da fronteira. Em recente entrevista, a professora disse que uma das maiores dificuldades que encontrou para definir entre os gestores entrevistados é o conceito do que é ser estrangeiro!

Sobre o atendimento a população fronteiriça, a professora Vera Nogueira da Faculdade de Serviço Social da UFSC coordenou uma pesquisa sobre a demanda atendida nos serviços de saúde brasileiros à população de fronteira e traz dados interessantes sobre nossa “porta de entrada”: em primeiro lugar as

e grupos de interesse como os da igualdade de gênero, luta antimanicomial, defesa aos direitos dos homossexuais e outros, inseriam suas propostas nas agendas discutidas. Outro componente integrador eram as ações corporativas entre os profissionais da saúde, que iniciaram uma tímida discussão sobre a “harmonização de diplomas”; algo que poderia vir a estabelecer uma livre circulação de profissionais da saúde pelo acordo aduaneiro.

Unidades de Saúde (23,82%), seguidos dos Serviços de Emergência (21,8%), Equipes da Estratégia de Saúde da Família (15,1%), Centro Especializado (12%), Plantão Social (13,9%) e Outras (10,1%). Ocorre devido a encaminhamentos realizados em ordem prioritária pelos médicos (34,6%), seguidos dos agentes de saúde (29%), conselho tutelar (16%), voluntariado (6%), políticos (5%), Organizações da Sociedade Civil-ONGs (1,6%) e outros (4,4%). Quando se analisam os outros encaminhamentos destacam-se as inter-relações entre demandas em saúde e exclusão social, na medida em que as menções reiteradas são Presídios, Penitenciárias, Assistentes Sociais, Ministério Público, Vara da Infância e Juventude, APAE, Corpo de Bombeiros, padres e pastores. Dois insólitos encaminhamentos são mencionados no relatório – um realizado pelo Cônsul paraguaio e outro por curandeiros e benzedeiras. Na pesquisa de Nogueira aponta-se para as “facilidades” que a Estratégia da Saúde da Família tem proporcionado para gerar a demanda estrangeira ao SUS brasileiro e também para “encontrar” brasileiros que precisam de atendimento do outro lado das fronteiras (Nogueira, Vera. *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*. Relatório Técnico de Pesquisa. DSS/UFSC: Florianópolis, 2005).

CAPÍTULO III

A DESESTATIZAÇÃO DA POLÍTICA: A MÁQUINA CONCEITUAL OPERAÍSTA E A ANÁLISE DA POLÍTICA CONTEMPORÂNEA

3.1 - Sobre o método histórico do pensamento operaísta

*“Toda vez que muda o contexto histórico,
muda também o método”.*
(Antonio Negri)

*“Os conceitos giram e dão voltas, e é sempre adequado
especificá-los em relação à estrutura de sentido que
genealogicamente os conota”*
(Antonio Negri)

Os fatos sociais, descritos detalhadamente nos capítulos anteriores, apontam elementos que demarcam a presença de um novo ciclo de lutas desencadeado a partir das manifestações em Seattle, que abriram uma agenda global de defesa de uma mundialização mais equilibrada e integradora dos processos de livre circulação do trabalho e do conhecimento. Como vimos, no caso da saúde, tal agenda dos movimentos globais passa a ser incorporada nos discursos políticos, iniciativas de governos e de blocos econômicos supranacionais, constituindo medidas e programas democratizantes para além das pressões mais nacionalistas dos Estados e mais privatista do Mercado.⁸³ Nesse sentido, os dias de Seattle, como bem salientou Lazzarato⁸⁴ (2006, p.20), anunciaram um deslocamento na nossa interpretação sobre os movimentos políticos. Estes já não deviam somente resistir e se defender, mas “afirmar-se como forças criadoras”.

⁸³ Também como descrevemos, as lutas pela livre circulação do trabalho e pela rede de amparo ao emigrante são apenas a ponta de um grande iceberg, consubstanciado nas lutas pela democratização absoluta das sociedades, através de dispositivos de defesa do conhecimento livre (quebra de patentes etc), defesa do meio ambiente, ampliação de mídias livres, constituição de uma proteção social que integre uma vasta gama de trabalhadores precários (nesse caso, a defesa da chamada renda básica garantida), a adoção de medidas justas de comércio entre os países etc. Sobre isso, de forma mais estruturada, Lazzarato (2006, p.21) estruturou no seguinte pensamento: “Os dias de Seattle foram, antes de mais nada, um agenciamento corporal, uma mistura de corpos (com suas ações e paixões), composta de singularidades individuais e coletivas (multiplicidades de indivíduos, de organizações – marxistas, ecologistas, trotskistas, ativistas da mídia, esotéricos, *black blocs*) que praticam relações específicas de 'co-funcionamento' corporal (diversas maneiras de estar junto, de militar: os sindicalistas não funcionam da mesma maneira que os ativistas de mídia ou os esotéricos). Os dois agenciamentos são, dessa maneira, construídos a partir de relações de poder e de desejo já atualizadas”.

⁸⁴ Na bela introdução do seu último livro publicado no Brasil, *As Revoluções do Capitalismo* (Record, 2006). Nesta parte da publicação, o autor se remete fortemente aos trabalhos de Foucault e Deleuze.

Todo mundo que chegou a Seattle com suas máquinas corporais e suas máquinas de expressão voltou para casa precisando redefinir estas máquinas a partir do que fizeram e disseram enquanto estavam lá. As formas de organização política (de funcionamento dos corpos) e as formas de enunciação (teorias e enunciados sobre capitalismo, sobre os sujeitos revolucionários, formas de exploração) precisam ser medidas, reavaliadas, reinterpretadas à luz do acontecimento (Lazzarato, 2006, p.21).

Essa constatação na metamorfose dos movimentos políticos após Seattle parte, a priori, do próprio método teórico que Lazzarato está imerso, o *operaísmo*, que se posiciona dentro da premissa que a resistência vem antes do poder, a luta antes do comando.⁸⁵ Um dos autores mais importantes do operaísmo, Antonio Negri, explica o operaísmo como uma corrente teórica do marxismo renovado cujo ponto de partida é a afirmativa que é a força de trabalho o motor do desenvolvimento através da luta.⁸⁶ Essa concepção básica do operaísmo (*a classe 'existe enquanto luta', e não 'luta enquanto existe'*)⁸⁷ se distancia daquela que vê na classe um conceito que se origina dentro do capital. “Na tradição marxista, era portanto impossível tornar o movimento da classe operária uma variável independente da relação de capital. [...] A classe operária era, pelo contrário, o motor de qualquer desenvolvimento através da luta” (Negri, 2004, p.54).⁸⁸

⁸⁵ Daí que esta tese começa exatamente por um conjunto de lutas sociais, protagonizadas pelo *Batalha de Seattle, em 1999*. E que se desdobra nos capítulos sobre as interpretações teóricas da política contemporânea e os rebatimentos disso na forma de produção de políticas de saúde.

⁸⁶ A partir do operaísmo, a idéia de revolução passa a ser “a acumulação de um conjunto de processos subjetivos de massa”.

⁸⁷ No primeiro caso, classe é uma construção histórica, ativa e mutante, estruturada nas contínuas lutas contra a exploração social. No segundo caso, a classe é já um dado, ou seja, todos que estão no interior do proletariado são imediatamente classe. A primeira noção é dinâmica e demarca a existência de uma mutação constante na composição de classe. A segunda, estática e presa às determinações dialéticas de uma certa ortodoxia do pensamento marxista. Sobre isso ler TRONTI, Mario. *Operário e Capital*.

⁸⁸ No livro *Cinco Lições sobre o Império (2004)*, há um conjunto vasto de textos de Antonio Negri (alguns em parceria com Michael Hardt) que mostra o método de análise social do autor e, mais especificamente, do pensamento operaísta. Sua tese maior – os desenvolvimentos do capital estão determinados por (e seguem a) lutas da classe operária – faz com que a política seja considerada como produto da atividade social – ou para ser exato – das lutas sociais. Essa posição operaísta entrou em rota de colisão com o movimento operário oficial e o marxismo ortodoxo, pois que não era necessário atuar através do parlamento para se obter reformas sociais.

Dentro de uma perspectiva operaísta, portanto, todos os movimentos políticos derivados de Seattle fazem parte de um ciclo de lutas que atualiza a própria noção de classe, estacionada nos anos finais da década de 90 ainda na noção *de classe operária*.⁸⁹ É a chamada perspectiva da *descontinuidade*, um dos princípios metodológicos do *operaísmo*. “Nunca consideramos o processo histórico como um processo linear, necessário, definido em termos deterministas. [...] O desenvolvimento histórico, em geral, do ponto de vista da análise causal, não é pré-imaginável de nenhuma maneira, mas depende sempre da ação dos sujeitos dentro do processo” (Negri, 2004, 57-8). O *operaísmo* carrega ainda dois importantes fundamentos dentro do seu método histórico. O primeiro deles é a *desmensuração*, no sentido que a ação dos sujeitos resulta sempre em uma ação desmedida, visto que há uma incapacidade de se fornecer uma medida de controle dos movimentos/lutas.⁹⁰

O segundo fundamento é a necessidade de periodização histórica. Isto porque cada período histórico é formado pela relação de capital que se determina em relação às lutas, aos choques, aos conflitos que ocorrem em seus âmbitos. Negri formula um esquema de análise que esboça de forma completa um período histórico de lutas. O esquema busca identificar “as diferenças (as transformações) que qualificam o sujeito proletário (sua composição técnica e política) nas diversas formas de organização do trabalho e da sociedade”.⁹¹ Tudo isso partindo dos seguintes parâmetros: a) o ponto de vista dos processos laborais e de sua modificação; b) as normas de consumo e de

⁸⁹ O deslocamento da classe para *multidão* será uma operação trazida por Antonio Negri a partir de seu livro *A anomalia selvagem*, quando recupera esse termo do filósofo Spinoza. Mais tarde na trilogia – feita com o professor Michael Hardt – *O Trabalho de Dionísio, Império e Multidão*, efetua esse deslocamento no interior da análise da realidade política de antagonismos no final do século XX. Sobre isso, veremos mais à frente, na seção 3.5 desse capítulo.

⁹⁰ O conceito de *devir*, trabalhado de forma persistente na obra de Deleuze e Guattari, será utilizado pelos autores ligados à filosofia política de Negri como um aparelho conceitual que aprofunda essa noção de *desmedida*, apesar de o próprio Toni Negri preferir o termo *porvir* no lugar de *devir*, porém, ele não abre nenhuma polêmica mais árdua com os colegas que utilizam o termo *devir*. Sobre essa relação entre devir e porvir, ler *Kairós, Alma Venus, Multidão* (Ed. DP&A, 2004), de Antonio Negri.

⁹¹ Negri, 2004, p.57.

reprodução social; c) os modelos de regulação econômica e política; d) a transformação da composição política de classe.

Cabe a análise operaísta reverter o ponto de vista segundo o qual as categorias são definidas, isto é, de constituir as categorias partindo de baixo, submetê-las às regras de ação, de práxis coletiva. Assim, das sabotagens fabris do século XIX, passando pelas lutas de recusa ao fordismo no século XX, até chegar às lutas dos movimentos globais contra o injusto sistema de comércio internacional no século XXI, a sociedade se estrutura a partir de discursos políticos e sistemas de proteção social que respondem à dinâmica dessas lutas. Toda a história das *políticas*, no sentido *operaísta*, deve ser lida como um regime de antagonismo⁹² contra os processos de espoliação e captura do social. Assim, a *Batalha de Seattle* está dentro (se é possível falar assim) de uma tradição de antagonismos, que fundaram contemporaneamente as formas e mutações do Estado, dos Movimentos e do Mercado.

Para compreender o campo social, que se encontra por exemplo a conformação das políticas de saúde, é preciso ir a história de luta dos movimentos, tão frequentemente associada à história dos perdedores por uma ortodoxia à direita ou à esquerda. Na concepção operaísta, são os movimentos que produzem novas subjetividades – que vão ser espalhadas na forma de uma multiplicidade de criações, que vão desde a políticas públicas democratizantes a novos valores éticos e sociais. O marco teórico, a seguir, busca localizar as mutações políticas no interior de uma periodização histórica das lutas que vai de 1870 (do operário profissional) aos dias atuais (operário social).⁹³

⁹² Aliás, os teóricos operaístas utilizam mais o termo *antagonismo* do que *pólos dialéticos*, por entender que a dinâmica social se explicita numa relação de não-determinação binária. Em resumo, a lógica de antagonismo não produz síntese alguma. Só faz abrir uma nova história, uma nova realidade, um novo devir. Atenção então porque a filosofia operaísta não procura nenhum resquício da dialética para explicar o movimento político e das políticas. Contudo, não perde de vista que o antagonismo sempre se situa numa relação de redução (ou mesmo ultrapassagem) da exploração capitalista.

⁹³ É claro que, com certa pitada eurocentrista, o operaísmo trata de reler a história das lutas dentro da história europeia. Nesta tese, o primeiro movimento será trazer à tona esta perspectiva para que, depois, no capítulo seguinte, localizar essa démarche no interior dos processos de lutas, conquistas e dilemas,

3.2 – Do ciclo de lutas do operário profissional ao *new deal*

De fato – parece reconhecer Keynes –, o sistema funciona não porque a classe operária sempre esteja dentro do capital, mas porque também pode estar fora. Recuperar a ameaça, a recusa, absorvê-la em graus sempre novos: este é o objetivo político, este é o problema científico em Keynes.

(Antonio Negri)

Antonio Negri⁹⁴ produziu uma periodização histórica do trabalho que divide o ciclo de lutas sociais em três grandes momentos. O primeiro vai dos acontecimentos da Comuna de Paris a I Guerra e Revolução Russa. A segunda, do final da Primeira Guerra Mundial a 1968. E a terceira, de 1968 ao tempo atual. Essas três fases são conceituadas, respetivamente, como ciclos do operário profissional, do operário massa e do operário social.

Os acontecimentos ligados à Comuna de Paris, em 1848, quando o movimento operário toma o poder na França e governa por poucos dias a capital francesa, definem o começo da organização política da autonomia da classe trabalhadora. Abre-se, portanto, o primeiro ciclo de lutas operárias no Ocidente, por fazer com que o socialismo passe de utopia à realidade. Segundo Negri (1972, p.184), esse acontecimento inicia um novo período histórico porque “a classe operária se apresenta como variável independente do desenvolvimento capitalista, reconhecendo-se em última instância na própria autonomia política”. Além disso, 1848 inaugura o momento de uma primeira base de conceituação do que viria a ser o Estado

contidos no interior das lutas e dos discursos da saúde coletiva no Brasil.

⁹⁴ Essa periodização pode ser encontrada em *Cinco Lições sobre o Império* (2003), *Ocho tesis preliminares para una teoria del poder constituyente* (originalmente publicado na Revista Crítica e Debates Contrários, 1989). Mas essa periodização é melhor esmiuçada, em parte, no livro *La forma-Stato* (ainda não publicado no Brasil), de 1977. Na Espanha, o livro foi publicado em 2003, com o título *La forma-Estado*, pela editora Akal.

contemporâneo, visto que há uma modificação completa das relações de forças no interior das relações políticas e institucionais desse Estado. Há um novo sujeito político: o operariado.

De agora em diante a teoria do Estado deverá prestar contas não somente com os problemas inerentes ao mecanismo de socialização da exploração, mas também com uma classe operária politicamente identificada que se tornou sujeito, com uma série de movimentos materiais, carregando dentro dessa materialidade toda uma conotação política revolucionária.⁹⁵

O ciclo de lutas sociais surge, em boa parte, derivada da *composição técnica* do trabalho, então marcada pela figura do trabalhador especializado, isto é, formado diretamente na fábrica. Trabalhador é sinônimo de operário industrial.⁹⁶ O comando capitalista, portanto, trata de incluir o operário como parte da maquinaria maciça e complexa, assim, a indústria se torna um espaço social que separa o trabalhador dos meios de produção do seu próprio trabalho, caracterizado cada vez mais como uma atividade abstrata.

A separação das atividades produtivas do resto dos objetivos da vida permitiu que o “esforço físico e mental” se condensasse num fenômeno em si mesmo – uma “coisa” a ser tratada como todas as coisas, isto é, a ser manipulada, movida, reunida a outras “coisas” ou feita em pedaços (Bauman, 2001, p.162).

A constituição de uma autonomia de classe é, para o operário do século XIX, a consciência de ser a estrutura de sustentação e motor do desenvolvimento capitalista. A partir disto, esse operário profissional, inserido no meio do processo laboral que

⁹⁵ Negri, Antonio. John Maynard Keynes y la teoría capitalista del Estado em 1929. *La forma-Estado*. Madrid: Akal, 2003, p.184

⁹⁶ Até o século XVII, a fábrica era um espaço de trabalho que se confundia com o próprio ambiente da vida. Com os avanços da industrialização, a fábrica tornou-se o espaço onde se remunerava a vida. Vida e Trabalho são separados pela primeira vez. É o que Max Weber denominou, no seu ensaio sobre a Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo, de fundação da racionalidade econômica: “o homem econômico escolhe, de agora em diante, existir em função de seu trabalho, de sua empresa, e não o contrário”(Weber, 1987, p.44).

controla plenamente, quer também o controle da produção. Estamos então na época das sabotagens, dos sindicatos, das vanguardas de massa, das fortes e longas greves, e no ideal socialistas dos conselhos de fábrica. Esta reivindicação da autogestão do processo laboral e do controle do ciclo produtivo constituem, nesta fase, contradição estratégica. “Em torno do tema da autogestão e do controle, a multidão de operários profissionais constrói a matriz de um sujeito revolucionário e desenvolve o projeto comunista em um “modelo apropriativo” (Negri, online).⁹⁷

A formação do Estado Comunista, a partir da Revolução de 17, na Rússia, tornar-se-á um ponto de identificação política interna da classe operária internacional. Ao mesmo tempo em que o Estado Capitalista se depara com uma profunda crise, instalada pelas normas de consumo construído por si próprio: a crescente produção de massa, então unicamente regulada pela capacidade salarial de consumo. Por ser constantemente expropriado, o trabalhador assalariado não tem condições de consumir o volume de mercadorias posta a circular, o que faz do ciclo econômico da época ser bastante irregular, à medida que não há um processo claro de equilíbrio do desenvolvimento. “É na onda dessa crise na produção de massa que nasce a busca de mercados externos, de desembocaduras imperialistas e coloniais”(Negri, 2003, p.62).

A emergência do *new deal*: resposta capitalista às lutas operárias

Em contrapartida ao programa de transformação social comunista, levado à cabo pelos movimentos dos trabalhadores, a resposta capitalista foi iniciar a produção de modelos reformistas que derrotassem a aliança entre vanguardas operárias e massas proletárias. Separar o partido da classe. “Taylorismo e fordismo cumprem esta função

⁹⁷ Trata-se do texto *Ocho tesis preliminares para una teoria del poder constituyente*.

imediate: retirar o partido bolchevique da classe, através da massificação do modo de produção e da desqualificação da força de trabalho, introduzindo, neste sentido, novas forças proletárias no processo produtivo” (Negri, 2003, p.185).

A esse período histórico, Antonio Negri conceituou como a “era do *operário massa*”, quando o trabalho se torna objeto de racionalização científica, que busca – na lógica do cálculo e da previsibilidade – tornar as atividades produtivas de diferentes indivíduos em atividades rigorosamente idênticas, tornando-as mensuráveis e intercambiáveis para que a tarefa possa ser realizada por qualquer um, independente de qualquer qualidade diferenciada das subjetividades (Gorz, 2003, p.60-64).

A fábrica fordista – com a meticulosa separação entre projeto e execução, iniciativa e atendimento a comandos, liberdade e obediência, invenção e determinação, com o estreito entrelaçamento dos opostos dentro de cada uma das oposições binárias e a suave transmissão de comando do primeiro elemento de cada par ao segundo – foi sem dúvida a maior realização até hoje da engenharia social orientada pela ordem (Bauman, 2001, p.68).

Esse padrão produtivo – levado a ferro e fogo na nova reestruturação capitalista – também traz consigo novas normas de consumo. Agora a integração no consumo passa fundamentalmente pelo salário. Como bem analisou Gorz (2003), coube ao salário a construção de uma educação ao consumismo, à medida que o operário-produtor se converte em um trabalhador-consumidor.

[...] educar o indivíduo para que adote diante do trabalho uma atitude instrumental do tipo: “o que conta é o pagamento que cai no fim do mês”; e ensiná-lo, como consumidor, a cobiçar as mercadorias e os serviços mercantis como se estes fossem a própria finalidade de seus esforços e significassem os símbolos de seu sucesso (Gorz, 2003, p.50).

O salário comporta então a criação de um ethos capitalista que estimula o sujeito a acreditar que “ele se basta a si mesmo”, sendo desnecessária atuação militante

em universos coletivos de solidariedade para alcançar melhores condições de vida. Para a estrutura fordista, a autovalorização do trabalho⁹⁸ se traduz em projeto individual ao invés de ser coletivo. O indivíduo cuida de si, e o Estado – agora tornado de *Bem Estar Social* – o compensa pela perda de autonomia.

O Estado-protetor, o Estado-providência oferece ao trabalhador-consumidor funcional compensações sociais pela perda de autonomia. Essas compensações adquirem a forma do direito a pensões e serviços sociais. Devem suprir o declínio das relações sociais auto reguladas e das solidariedades familiares provocadas pela socialização pelo consumismo. Assumindo que serviços que as pessoas, até então, cumpriam e satisfazendo necessidades de que antes eles mesmos se incumbiam, o Estado-providência assegura-lhes não apenas um apreciável grau de segurança, mas também aumenta o tempo que pode ser consagrado à socialização (escolarização), ao trabalho assalariado e ao consumo mercantil (Gorz, 2003, p.55).

O *Estado de Bem Estar Social* ou o *Welfare State* emergiu como o principal sistema de regulação da “era do operário de massa”.⁹⁹ Por um lado, resultou na organização das elites empresariais dentro desse Estado. Por outro lado, fez organizar um novo modelo de sindicato. O *novo pacto* (*new deal*), nos Estados Unidos após a grave depressão de 29, foi uma engenharia política, conceituada pelo economista inglês John Keynes e implementada pela administração de Roosevelt. Afirmando um Estado planejador que integrou dentro de si o conflito social, fazendo com que o fordismo se qualificasse pela “articulação entre um 'regime de acumulação (taylorista) e um 'modo de regulação' da repartição dos ganhos de produtividade” (Cocco, 2000, p.64).

⁹⁸ Negri insiste na autovalorização do trabalho como uma condição de ampliar o valor-trabalho e reduzir as formas de captura de exploração pelo capital.

⁹⁹ Na fábrica, o taylorismo radicaliza “cientificamente” a redução do corpo a organismo (sua redução aos esquemas sensores-motores). O welfare articula e dispersa a “população” em processos de reprodução, multiplicando as figuras da “sujeição” (controle e instituição da família, das mulheres e das crianças, da saúde, da informação, da velhice etc). O espetáculo articula e multiplica o público em uma relação cada vez mais estreita entre comunicação e consumo, requalificando também o “político”. No fordismo, corpo, população e público são técnicas disciplinares, de regulação e de controle, centradas na constituição da multiplicidade em força-trabalho” (Lazzarato, 1998, p.87).

Pois o cerne do mecanismo fordista encontra-se na dinâmica dos ganhos de produtividade, da qual depende o crescimento, simultâneo e interdependente, da acumulação e dos salários reais. São, portanto, as formas institucionais de regulação da relação salarial que qualificam as tarefas do Estado regulador-intervencionista (Cocco, 2000, p.64-5).

Esse modelo reformista do “Estado Social” se tornou, após a II Guerra Mundial, “o paradigma de referência de um processo de reconstrução das economias européias fortemente marcadas pela ativa intervenção do Estado na regulação econômica” (Cocco, 2000, p.62).

O fator decisivo foi a emergência de uma dinâmica virtuosa, alimentada pelos modos de repartição dos ganhos de produtividade, entre acumulação e salários reais. Foi na relação salarial que esse modo de repartição dos ganhos se afirmou, permitindo a recomposição dinâmica de produção e consumo de massa. Assim, podemos dizer que o fordismo baseou sua força homogeneizadora mais nas novas características da relação salarial do que nas próprias políticas econômicas de inspiração keynesiana, e de fortes e regulares taxas de crescimento, pode ser considerado como o da vigência da relação salarial fordista. Todos os outros elementos (concorrência monopolista, mercado autocentrado, economias de escala) mostram-se tão importantes quanto determinados, em última instância, pela relação salarial fordista (Cocco, 2000, p.63).

Contudo, o *new deal* baseava-se, portanto, em medidas disciplinares à classe operária através dos altos salários – algo que criava e garantia o público consumidor do “excedente” produzido pelo novo capitalismo manufatureiro e também atrelava a classe operária ao Estado, através de políticas sociais. Como analisou Cocco (2000), a distribuição de renda determinada pelos salários acontecia, desta forma, de duas maneiras nas economias centrais: diretamente, pelos salários reais; e indiretamente, pelo sistema de *Welfare State*.¹⁰⁰ “A forma-Estado que se afirmou nos países centrais nessa

¹⁰⁰ Sobre o impacto do Estado Social na composição de classe, Tronti (1976, p.340) destaca por exemplo o que veio a se tornar a contratação coletiva. Esta passou a ser uma forma de controle de classe, uma tentativa de institucionalização, não da luta operária de uma forma geral, mas de sua forma específica que liga e unifica os interesses materiais imediatos de um núcleo compacto de categorias operárias dentro do setor correspondente da produção capitalista.

época está, portanto, intimamente ligada à passagem da ‘economia-política’ as ‘políticas-econômicas’ (Cocco, 2000, p.62).

O papel do Estado de Bem Estar Social na regulação das lutas

A contradição, entretanto, surge nos anos subseqüentes quando o Estado intervencionista reconhece o surgimento da classe operária e configura uma definição totalitarista de Estado, a partir do descobrimento da radicalidade de um antagonismo operário. Desta forma, a função do Estado torna-se levar a todos os âmbitos de intervenção a consciência de cisão da luta operária. Toda a inovação estatal e o equilíbrio pressuposto abrem um autêntico processo de revisão constitucional. A formação de uma “ciência de Estado” revela o quadro das relações de força: a interiorização (a captura) da classe operária na dinâmica de desenvolvimento do poder estatal. Assim, ocultava-se a violência¹⁰¹ necessária para manter esse “equilíbrio” entre a formação do Estado intervencionista advinda de um modo de produção taylorista/fordista como se fosse “uma vontade geral em ato” (Negri, 2003a).

O caráter científico dado ao Estado fazia com que a economia política se apresentasse como uma “teoria do equilíbrio”. A ciência econômica se baseava em uma “naturalidade” dos pressupostos de liberdade ao mundo da riqueza. Assim, aceitava-se o risco em que a sociedade pudesse se configurar integralmente como uma fábrica (Negri, 2003a).

O intervencionismo keynesiano se remetia ao Estado como representante coletivo exclusivo do capital produtivo (Negri, 2003a). Representava, ainda, “o domínio

¹⁰¹ “Um dos pilares da soberania do moderno Estado-nação é o seu monopólio da violência legítima, tanto no espaço nacional como frente a outros países [...] A violência legítima exercida pelo Estado-nação baseia-se essencialmente em estruturas legais nacionais e, posteriormente, internacionais” (Hardt & Negri, 2005, p.49).

instrumental da produção sobre as dinâmicas de reprodução e consumo de massas de trabalhadores cada vez mais organizadas e combativas” (Cocco, 2000, p.73).

(...) o ‘modo de regulação fordista’ emerge como um dispositivo endógeno à relação salarial, em que as regras institucionais só têm um papel na medida em que reconhecem e generalizam a relação de força que nesta se determinam. Produção e consumo de massa se alimentam reciprocamente pelas reivindicações salariais e pelo incremento da composição orgânica do capital. (...) A maior instituição, a que caracterizou o conjunto das diferentes variantes nacionais do fordismo, é a própria relação salarial fordista e sua força real era o próprio conflito de classe (Cocco, 2000, p.73).

O Estado plano representava um capital coletivo que articulava socialmente o domínio da ciência sobre o trabalho vivo (organização científica do trabalho). “O Estado-planejador, portanto, não surge a partir de um período de prosperidade baseado na ausência de um conflito, mas de um modo bem preciso de fazer da crise o motor do desenvolvimento” (Cocco, 2000, p.77). Isso significava, entretanto, que para Keynes a classe operária representava o motor do desenvolvimento e também do equilíbrio econômico esperado. Keynes acreditava que o sistema funcionava porque a classe operária sempre estaria dentro do capital. Se estivesse “fora”, recuperá-la representaria uma tarefa científica por parte do Estado para prever sua recaptura e manter a correlação de forças.

(...) o Estado planejador (o Estado-plano) é na realidade um Estado-crise, um Estado produto da crise cuja característica fundamental é a de conseguir integrar o conflito reconhecendo-o e transformando-o no próprio vetor do crescimento econômico (Cocco, 2000, p.72).

A crise da luta operária, no entanto, era o motor do desenvolvimento keynesiano. “As características fundamentais do fordismo se resumem no alto nível de

autonomia da classe operária e no simultâneo incremento de composição orgânica do capital e dos ganhos de produtividade” (Cocco, 2000, p.73). A intervenção do Estado, então, representava o jogo político com capacidade de controlar conscientemente os movimentos da classe operária (Negri, 2003a).

Hoje, com maior intensidade, o capital não pode conduzir os mecanismos de desenvolvimento a não ser na forma de crise, portanto, na forma de Estado: a realidade do Estado como signo da violência decisiva aparece como momento interno e necessário ao desenvolvimento. Por isso, romper com o desenvolvimento capitalista é romper com sua forma estatal, que organiza o desenvolvimento global ao mesmo tempo em que se mostra como o único e decisivo baluarte do sistema. O desenvolvimento da direção capitalista provoca, necessariamente, os momentos de crise (Negri, 2003a).

Desta forma, o Estado passa a ser o centro de toda a vida econômica. O capital industrial se apodera da produção social e subverte a técnica e a organização do processo de trabalho, modificando também um tipo econômico-histórico de sociedade e de Estado. Isso garante a convenção que une o presente e o futuro, pois o Estado continua atendendo à ordem capitalista porque não supera as condições estruturais que determinam o capitalismo. “Trata-se de um novo Estado: o Estado do capital social” (Negri, 2003a, p.202). A intervenção keynesiana se faz completamente política, à medida que transforma a capacidade de controle algo consciente entre os movimentos da classe trabalhadora – organização e repressão compõem um modo de articulação particular do Estado planejado.

3.3 – Os ciclos de lutas abertos pelo Maio de 68

A democracia é subversiva.
(Antonio Negri)

Tudo é possível.
(Lema do Maio de 68)

As revoltas sociais acontecidas em Maio de 68¹⁰², na França, são o marco político de uma mutação social na contemporaneidade: o esgotamento de todas as formas de disciplinamento como motores da produtividade social. Um vasto conjunto de novos sujeitos políticos emergem naquele contexto francês que contaminou as diversas partes do globo. Contra a fábrica fordista, a recusa do trabalho; contra o patriarcalismo, o feminismo; contra a guerra, a contra-cultura; contra a educação disciplinar, o movimento estudantil; contra a arte de museu, a arte das ruas; contra o espetáculo, as mídias comunitárias; contra o racismo, o movimento negro; contra a família, novas experimentações sexuais; contra o hospital, o movimentos prevencionistas; ou ainda contra o harmonia melódica, o ruído do rock. Tal como

¹⁰² “Em Maio de 1968 (neste contexto usualmente se diz Maio de '68) uma greve geral aconteceu na França. Rapidamente ela adquiriu significado e proporções revolucionárias, mas em seguida foi desencorajada pelo Partido Comunista Francês, de orientação Stalinista, e finalmente foi suprimida pelo governo, que acusou os Comunistas de tramarem contra a República. Alguns filósofos e historiadores afirmaram que essa rebelião foi o acontecimento revolucionário mais importante do século XX, por que não se deveu a uma camada restrita da população, como trabalhadores ou minorias, mas a uma insurreição popular que superou barreiras étnicas, culturais, de idade e de classe. Começou como uma série de greves estudantis que irromperam em algumas universidades e escolas de ensino secundário em Paris, após confrontos com a administração e a polícia. À tentativa do governo de Gaulle de esmagar essas greves com mais ações policiais no Quartier Latin levou a uma escalada do conflito que culminou numa greve geral de estudantes e em greves com ocupações de fábricas em toda a França, às quais aderiram dez milhões de trabalhadores, aproximadamente dois terços dos trabalhadores franceses. Os protestos chegaram ao ponto de levar de Gaulle a criar um quartel general de operações militares para lidar com a insurreição, dissolver a Assembléia Nacional e marcar eleições parlamentares para 23 de Junho de 1968. O governo estava próximo ao colapso naquele momento (de Gaulle chegou a se refugiar temporariamente numa base da força aérea na Alemanha), mas a situação revolucionária evaporou quase tão rapidamente quanto havia surgido. Os trabalhadores voltaram ao trabalho, seguindo a direção da Confédération Générale du Travail, a federação sindical de esquerda, e do Partido Comunista Francês (PCF). Quando as eleições foram finalmente realizadas em Junho, o partido Gaullista emergiu ainda mais poderoso do que antes. A maioria dos insurretos eram adeptos de idéias esquerdistas, comunistas ou anarquistas. Muitos viram os eventos como uma oportunidade para sacudir os valores da "velha sociedade", dentre os quais suas idéias sobre educação, sexualidade e prazer. Uma pequena minoria dos insurretos, como o Occident, professava idéias de direita” (Wikipedia. Verbete Maio de 68. Disponível na Internet: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Maio_de_68> acesso em 05/05/2007.

salientou Negri & Guattari (1999, p.29)¹⁰³, a “força essencial da revolução de 1968 residia no fato de que, pela primeira vez na história das rebeliões humanas contra a exploração, seu objetivo não foi uma simples emancipação, mas sim uma autêntica e verdadeira liberação”.

Para esses autores (1999, p.33), o Maio de 68 abriu um novo ciclo de lutas revolucionárias no mundo, dando um salto qualitativo de importância histórica, pois iniciou uma requalificação das lutas. Estas passam a ser dirigidas à conquista contínua de espaços de liberdade, de democracia e criatividade.

Nesse sentido, a partir dos anos 60 se afirmam *novas subjetividades coletivas* no cenário das transformações sociais. Na literatura de Antonio Negri, os anos seguintes após 68 conferiram uma grande força de tomada de consciência dos estudantes e dos jovens, aos movimentos das mulheres, aos movimentos de defesa e reconhecimento do meio ambiente, aos movimentos de reivindicação das diversidades raciais, culturais, sexuais e igualmente às tentativas de renovação das concepções tradicionais da luta social, começando pela dos trabalhadores, que passam intensamente a realizar, mais nos anos 70, greves, sabotagens e ação direta em recusa ao trabalho disciplinar taylorista. Contra a exigência capitalista da força-repetição e da aceitação passiva ao arcaísmo moral da família, do Estado, do ensino etc, um *dever social* passou a ser pavimentado em torno da exigência por força-invenção para qualificar e orientar a produção. O que se pretendia com o levante desses novos movimentos sociais era que as finalidades humanas e os valores do desejo povoassem as maneiras de produzir riqueza e de reproduzir o próprio social. No final das contas, 68 é um acontecimento que demonstrou a mutação radical ocorrida no interior da força de trabalho e do mundo da

¹⁰³ Ver Negri, Antonio, Guattari, Felix. *La verità nomadi. Per nuovi spazi di libertà*. Roma: Antonio Pellicani Editore, 1989. A tradução lida, por mim, é a espanhola: *Las verdades nómadas & General Intellecti, poder constituyente, comunismo*, editada pela Akal Ediciones em 1999.

produção: liberar-se do adestramento e da docilização para encontrar desejos que conduzam a espaços de maior liberdade e autonomia.

[...] a inovação derivada de 1968 deve ser, sobretudo, captada no universo da consciência, dos desejos e dos comportamentos. Os novos modos da subjetividade deslocou literalmente os velhos cenários da luta de classes, instalando-se nas raízes imaginárias e cognitivas das novas dimensões do produzir, transmutando a tomada de consciência que os corresponde em um ato de vontade transformadora (Negri & Guattari, 1999, p.33).

A reprodução é o fator mais importante para a produção da riqueza

O impacto social da atuação das novas subjetividades políticas se caracterizará como uma requalificação do que se entende como *produção*. Uma primeira qualificação se remete ao desenvolvimento da abstração do trabalho e à formação dos processos de cooperação social das forças produtivas, que antes, na sociedade-fábrica fordista, eram consequência do desenvolvimento da máquina capitalista, industrial e política, mas que a partir de agora a cooperação se situava antes da máquina capitalista e como condição independente da indústria.

Nesse sentido, *aquela separação entre produção e reprodução perde toda a sua importância*, pois que “o trabalho produtivo já não é de fato o que produz diretamente capital, mas sim o que reproduz o social; deste ponto de vista a separação do trabalho produtivo resulta completamente ultrapassada” (Negri, *online*). A sociedade passa a se integrar diretamente na produção, através de aspectos absolutamente presentes no terreno da reprodução (aquilo que não é trabalho empregado), como cuidado, qualidade, atenção, informação, cultura ou ainda *tudo aquilo que humaniza*, para usar um sentido aplicado na saúde, torna condição *sine qua non* para dar vida às

novas formas de mercadoria capitalista, mas também para autovalorizar a sociedade contra as formas mais disciplinares de exploração.

O primeiro plano de requalificação é então tornar a reprodução o próprio paradigma que orienta a produção, ou como bem traçou Marazzi (2002, p. 130), a produção da riqueza passa a ser assegurada pela presença de uma comunidade biopolítica (o trabalho daqueles que têm um emprego, mas também o trabalho dos estudantes, das mulheres, de todos os que contribuem para a produção de afetividade, da sensibilidade, dos modos de semiotização da subjetividade), produção de riqueza que os capitalistas comandam e organizam através da desinflação, ou seja, da compressão de todos os custos que a cooperação produtiva e as condições sociais de sua reprodução exigem (o que significa privatizar a educação, a saúde, a água, o conhecimento, as comunicações, as áreas públicas da cidade etc).

Essa realidade significa, para Negri (*online*), que a passagem da 'inflação' (de desejos e de necessidades) dos anos subseqüentes a 68 para a 'desinflação' dos custos representa a transição capitalista do moderno ao pós-moderno, do fordismo ao pós-fordismo. E ainda do *operário massa* para o que o autor convencionou de *operário social*, visto que este passa a reivindicar sua própria autonomia de massa, sua própria capacidade de autovalorização coletiva em relação ao capital. “A matéria-prima com que trabalha esse operário, na qual ele estabelece suas formas de cooperação laboral é a comunicação – de informação, de ciência, de saberes – e sobre ela exerce o capital sua expropriação” (Sánchez-Pinilla, e Domínguez, *online*).

A passagem do fordismo ao pós-fordismo: lutas e contra-reforma capitalista

Essa passagem do *fordismo ao pós-fordismo* tem como característica o fato de que produzir significa, antes, produção de subjetividade. Como aponta Negri (1998), a produção de riqueza depende cada vez mais de conhecimentos, a produção de conhecimentos depende cada vez mais da produção de subjetividade, a produção de subjetividade cada vez mais da reprodução social de processos vitais ricos em relações intelectuais e valores afetivos. Nesse sentido, o fordismo-taylorismo não é capaz de aglutinar, com sua economia baseada na força-repetição, fatores que potencialize a produtividade social, isto porque a produtividade (a riqueza) é resultado somente do tempo de trabalho aplicada à produção. É por isso que, desde dos anos 70, todo o desenvolvimento econômico passa a ser empurrado para imaterialidade (o que os economistas chamam de *serviços e informação*) como principal fator produtivo da sociedade, o que faz construir novos arranjos e hierarquias produtivas.

Para Virno (*online*)¹⁰⁴, o principal marco que inaugura a fase pós-fordista é a emergência das lutas dos trabalhadores precários (os sem contrato de trabalho ou os temporários) da Itália, em 1977. Era uma força de trabalho escolarizada, precária, móvel, que recusava a ética do trabalho e se opunha frontalmente às tradições e à cultura da esquerda histórica. E que também era estigmatizada pelos burocratas e intelectuais do *Welfare* como *parasitas*, por querer ter acesso ao sistema de proteção social sem passar pela relação de assalariamento na produção.

Por volta de 1976, e sobretudo 1977, é a própria universidade, enquanto “máquina” de produção em massa de uma força de trabalho intelectual, polivalente e flexível, destinada a alimentar um modo de produção cada vez mais sofisticado, automatizado e flexível, que se torna o epicentro de conflitos sociais de tipo novo, embora mal apreendidos. Assim o movimento italiano,

¹⁰⁴ Trata-se do livro *La gramatica de la Multitude*, *online*.

que já tinha chegado a níveis de enraizamento social desconhecidos pelos outros grandes países europeus, experimentou, de março a outubro de 1977, uma nova explosão generalizada. Ponto culminante de um ciclo de lutas iniciado no final dos anos 60 e, também, ponto de ruptura e antecipação social das novas condições das lutas na crise do fordismo, o movimento de 1977 tanto superou efetivamente nossos instrumentos teóricos de análise quanto desdobrou a crise do “político” que o havia precedido. Com efeito, a interpretação das características do movimento de 1977, não como protesto dos “marginalizados” e dos excluídos, mas como de sujeitos centrais no novo modo de produção, representou uma antecipação teórica considerável (Virno, online).

Ao ver desencadear esse ciclo de lutas dos precários contra o Estado, o capital fez acelerar ainda mais sua *contra-reforma* iniciada desde meados dos 70, quando começa a construir um novo conceito de capital. Até porque era necessário, como as grandes empresas anunciavam, *capitalizar a revolução* que se iniciou no Maio de 68 e que contaminou várias regiões do mundo, inclusive no Brasil, nas chamadas greves do ABC ou nas lutas democráticas pela queda da ditadura. Nos anos 70 e 80, a *contra-reforma* – chamada, já na época, de *reestruturação produtiva* capitalista – foi um revide, primeiramente, à recusa do trabalho repetitivo e disciplinar. Nesse sentido, a *contra-reforma* fez ampliar um longo processo de automação, informatização e robótica no interior das plantas fabris, diminuindo o número de funcionários, ampliando a produtividade e reduzindo a força sindical na atuação social dos funcionários que sobraram.

A *contra-reforma* também reagia à tendência de recusa do “emprego estável”, evidenciada, na Europa, por setores inteiros das forças de trabalho que saíam dos pólos de industrialização metropolitana para desenvolver micro-atividades industriais (formais e informais) nos territórios” (Cocco, 2001, p.95). A *contra-reforma* solucionou essa recusa com a adoção de processos de terceirização, integrando a indústria a setores colaterais, difuso em vastos espaços territoriais. Essa operação

forçava a proletarização ainda maior dos desempregados ao mesmo tempo que retirava o conflito de dentro da fábrica para transferi-lo para as empresas terceirizadas, em particular, o levante de piquetes, greves e sabotagens.

Foi de encontro às constantes rebeliões de massa dos trabalhadores que a reestruturação produtiva fez acelerar o processo de integração transnacional que produziu um deslocamento das indústrias (ou de vários pedaços delas) para países emergentes, diluindo e negociando o efeito da crise no tempo e no espaço. Em boa parte essa *desterritorialização* do capital só foi possível graças à informatização do social, que possibilitou a integração produtiva no que tange à aceleração das relação entre empresas como entre produção e consumo.

Por um outro lado, essa reestruturação produtiva acabou também por provar uma dupla crise do *Welfare*. A primeira residia no fato de que, se a própria relação salarial passa a ser abandonada como principal fator de regulação para produção da produtividade social, o *Welfare* perde o seu papel de regulador e se torna alvo também das novas subjetividades políticas, à medida que essa forma-Estado protegia somente aqueles que se mantinham na relação salarial. Todo uma gama de precários (aqueles regidos com contratos temporários ou os sem contratos) passa assumir e se articular em torno do lema “ter direitos aos direitos”. Ao provocar a transnacionalização das empresas, o capital também ultrapassa a relação de dependência com o *Welfare*, forçando, inclusive, o financiamento de políticos (Com Thatcher, na Inglaterra; e Reagan, nos EUA) que vão interpretar a crise política como crise do Estado, o que vai provocar a emergência de projetos neoliberais dos anos 80 na Europa e nos EUA, e nos anos 90 nos países do Sul. Nesse sentido, o capital traduz muito cedo aquilo que se tornou o epicentro das lutas sociais, principalmente, na Itália, nos finais dos anos 70 e no início dos 80¹⁰⁵. Em síntese, o capital interpreta que para ser produtivo é determinante o acesso

¹⁰⁵ Segundo Virno (online), a figura do precário (sem-contrato ou com contratos temporários) emerge como novo sujeito do trabalho, pela primeira vez, na Itália, no chamado Movimento de 77, quando o

a mínimos sociais – como acesso incondicional à serviços e infraestrutura básica, como telecomunicações, habitação, educação, saúde, saneamento básico ou ainda transportes.

Nesse sentido, acusa o *Welfare* de ser uma máquina pesada que não protege todo o tecido social ao mesmo tempo e passa a propor o Estado Neoliberal como estrutura alternativa para a aceleração da oferta desses mínimos sociais. Isto através de empresas privatizadas – flexíveis e leves. Telefone para todo mundo, Saúde para todo mundo, Educação para todo mundo, mas através do pagamento por esses serviços. Este será um momento de intensa quebras de monopólios estatais e desregulamentação de vários setores econômicos e sociais, como as telecomunicações e o mercado de saúde.¹⁰⁶

Paralelo ao desenvolvimento do Estado-empresa (como chamou Negri o Estado neoliberal), o capitalismo experimenta um conjunto de modelos produtivos pós-fordistas cuja principal característica é a dimensão social desses paradigmas. Suas

movimento estudantil mobilizado nacionalmente critica e se antagoniza tanto em relação ao conservadorismo da Democracia Cristã, quanto ao do Partido Comunista Italiano. O conflito não ficou somente no campo das idéias, mas em enfrentamentos armados nas ruas, principalmente, de Roma, Milão e Bolonha. Toni Negri assim caracteriza o movimento: “O movimento de 77 representa o último estágio da revolta juvenil e estudantil iniciada em 1968. Desta vez, contudo, o movimento se defronta diretamente com o PCI (Partido Comunista Italiano), que no ano anterior havia chegado ao governo. A motivação imediata do protesto foi a agressão de um estudante de esquerda na Universidade de Roma, no dia 10 de fevereiro, feita por jovens neofascistas. No dia seguinte, uma manifestação que saiu da universidade invade a sede do movimento jovem do MSI, a Frente da Juventude. Durante o período de tiroteio entre manifestantes e polícia, dois estudantes e dois policiais são feridos gravemente. No final da manifestação decide-se ocupar toda a cidade universitária romana. O novo movimento não economiza críticas aos grupos da esquerda extraparlamentar, acusados de terem ficado reduzidos a pequenas partidos burocráticos, e retoma muitas das propostas lançadas pelos movimentos de mulheres, a partir do nexos indissociável entre comportamentos individuais e posições políticas. Os principais alvos dos movimentos são o PCI e os sindicatos. Em 17 de fevereiro, o secretário geral do CGIL, Luciano Lama, ao dar um discurso na universidade – que tinha sido ocupada antecipadamente – se vê obrigado a interrompê-lo e sair rapidamente da universidade, enquanto os ocupantes destroem a tribuna. O enfrentamento entre esquerda institucional e movimento se repete poucas semanas depois. Em Bolonha, a menina dos olhos das administrações locais dirigidas pelo PCI, um estudante, Francesco Lo Russo, é assassinado pela polícia em 11 de março. Nos dias seguintes, toda a cidade se converte em cenário de violentos enfrentamentos, que obrigam o primeiro ministro do Interior, Cossiga, a ordenar a intervenção dos tanques blindados. No dia 12 de março, em Roma, ocorre uma manifestação nacional do movimento que, após ter invadido e roubado uma loja de armas, abre fogo contra a polícia. Durante toda a primavera, em Roma e em Milão se repetiram enfrentamentos com vítimas em ambos os lados. O movimento, durante uma conferência que se desenvolveu em Bolonha durante o mês de setembro, obtém a solidariedade de numerosos intelectuais franceses, entre eles se encontravam Foucault, Guattari e Deleuze, que denuncia a tentativa de eliminar toda oposição posto em marcha pela aliança entre DC e PCI. Diferentemente do que ocorreu em 1968, o Movimento de 77, privado de qualquer tipo de referência e de qualquer base, se apagará imediatamente depois da conferência de Bolonha, deixando o espaço livre aos grupos armados. (Negri, 2005, p.51).

¹⁰⁶ A definição de neoliberalismo e os impactos políticos na América Latina está presente no intervalo contido neste capítulo.

forças residem exatamente no poder de captura de um conjunto de valores que se hospedam no terreno da reprodução social.

O paradigma pós-fordista é, antes de mais nada, um paradigma social e qualifica-se pela integração produtiva dos consumidores como produtores, pois eles participam da produção, desde o momento da concepção, em dois níveis: pela integração em tempo real dos comportamentos de consumo; e pela proliferação disseminada dos atos criativos, lingüísticos e comunicativos. [...] discute-se cada vez menos política industrial para pensar a política econômica do território, isto é, uma política capaz de valorizar as interdependências entre indústria e redes de cooperação fabris e dinâmicas sociais (Cocco, 2001, p.88).

O modelo mais bem acabado em termos da incorporação do social à produtividade industrial foi o toyotismo, implantado pela fábrica da Toyota no Japão. Uma primeira novidade desse modelo foi a inversão do dispositivo lucrativo fordista: em vez de produzir para depois vender, passa a vender primeiro para depois produzir. Isso faz exigir, é claro, uma profunda integração da produção ao consumo, o que o regime toyotista solucionou com a estratégia do *just in time*: estoque é recomposto de acordo com os fluxos imediatos do consumo, isto é, só se repõe (logo, só se produz) aquilo que se está vendendo.

O toyotismo baseia-se numa inversão da estrutura fordista de comunicação entre produção e consumo. Idealmente, neste modelo, o planejamento de produção se comunica com os mercados constante e imediatamente. As fábricas mantêm estoque zero, e as mercadorias são produzidas na medida exata, de acordo com a demanda atual dos mercados existentes. Este modelo envolve, portanto, não apenas um *feedback* mais rápido, mas também uma inversão da relação, porque, pelo menos em tese, a decisão de produção vem, de fato, depois da decisão do mercado, e como reação a ela (Negri e Hardt, 2001, p.311).

Essa estrutura de gestão de fluxos de consumo passa a requisitar também uma nova figura do trabalho, cuja qualidade reside na polivalência (para adaptar-se às mudanças de padrões de trabalho exigidas pelas alterações nos padrões de consumo); e

na cooperação e no relacionamento (para expressar opiniões, gostos e informações sobre aquilo que estava a produzir para as sempre efêmeras demandas de consumo).

Os operários devem, então, entender aquilo que fazem; mais ainda todo o processo e todo o sistema de fabricação deve (em princípio) tornar-se um todo inteligível do qual assumem a responsabilidade e do qual tornam-se e sentem-se senhores. Devem refletir sobre os meios de incrementar e racionalizar a concepção; devem propor as possíveis melhorias nos procedimentos e na organização do sistema. Para tanto, precisam discutir entre si, entrar em acordo, saber exprimir-se e saber escutar, prontos continuamente a questionar, a aprender, a evoluir (Gorz, 2004, p.11).

O que se depreende disso então é que os primeiros modelos pós-fordistas¹⁰⁷ assumem como núcleo da sua produtividade a *produção de subjetividade*, isto é, um trabalho cujo aspecto manual é uma aplicação material de um atividade cada vez mais imaterial, intelectual, cognitiva, “de reflexão, de concerto, de troca de informações, de partilha de observações e de saberes”, como aponta Gorz (2004, p.41).

Ora, quando as capacidades comunicacionais, relacionais, cooperativas, criativas passam a fazer parte da força de trabalho, estas capacidades, que implicam a autonomia do sujeito, não podem por essência ser comandadas: elas existirão e serão desenvolvidas não sob ordens, mas em virtude de iniciativas vindas do sujeito. A dominação do capital não pode então exercer-se diretamente sobre o trabalho vivo por coerções hierárquicas. Ela só pode exercer-se por vias indiretas: deve deslocar-se da fábrica e tomar a forma de um condicionamento que conduz o sujeito a aceitar ou a escolher ele próprio exatamente isto que se trata de impor-lhe (Gorz, 2004, p.53).

A *contra-reforma* capitalista produziu uma derrota no movimento sindical, principalmente. Mas essa vitória do poder fez modificar profundamente todo o velho sistema de poder. Daí que a emergência dessa novo capital fez abrir uma série de linhas de fuga e novos planos de resistência, de luta. A *contra-reforma foi, portanto*,

¹⁰⁷ Acrescenta-se ao toyotismo, os modelos da especialização flexível, os enfoques neoshumpeterianos e a escola da regulação, ver Cocco e Vercellone (1998).

incompleta, porque a nova qualidade do trabalho (relacional, cooperativa, expressiva, informacional), exigida na produção de mercadorias, marca o deslocamento para um processo de expropriação nunca visto (já que é a alma do trabalhador que é posta a trabalhar), no entanto, o é também uma grandiosa possibilidade de autonomia do trabalho pois que, pela primeira vez, o valor não é produzido dentro de um comando capitalista. Ao contrário, o capital que se encontra dentro do trabalho, visto que o principal instrumento da produção, a força inventiva do cérebro, escapa o tempo inteiro de um *enclousure* capitalístico. O capital então se transforma em uma máquina cada vez mais sofisticada de captura do social (das redes de conhecimentos, das subjetividades, dos estilos, das modas, dos gostos, das preferências) e empurra a produção para uma economia da informação.

O capital torna-se produtivo somente na medida em que capta valores pré-constituídos do trabalho social. Aqui, então, a função do comando se organiza como ameaça de bloquear a informação, como interrupção dos processos cognitivos, em suma, o capital parasitário é aquele que extrai o valor sobretudo da interrupção dos movimentos de conhecimento, de cooperação, de linguagem. Para viver e reproduzir-se o capitalismo é obrigado a chantagear a sociedade e a bloquear os processos sociais de produção toda vez que apresentem excedente no que concerne a seu comando (Negri, 2003a, p.95).

A passagem, de vez, para a economia da informação em que o domínio da reprodução (circulação, consumo, troca) hegemônica a produção acontecerá com a intensificação do processo industrial informacionalizado¹⁰⁸ e com o advento das Superestradas da Informação (*Information Superhighways*). No primeiro caso, o uso abusivo das novas tecnologias da comunicação e da informação permitiu uma intensa descentralização da produção, dispersando fábricas e esvaziando as cidades fabris. Com

¹⁰⁸ Uso abusivo de tecnologias informáticas e tratamento cada vez mais sofisticados de informação proveniente do mercado.

os avanços das telecomunicações e das tecnologias da informação,¹⁰⁹ todo o controle e comunicação passa a ser feito à distância, reduzindo custos de distribuição, administração e de transporte. “Diferentes instalações podem ser coordenadas para a produção simultânea de uma única mercadoria, com fábricas espalhadas em diversos lugares” (Negri e Hardt, 2001, p.317).

Esse novo plano econômico da economia informacional é, para muitos autores contemporâneos¹¹⁰, a concretização de uma substituição da linha de montagem para a *rede* como estrutura principal da organização da produção. O advento das redes altera assim as formas de cooperação e comunicação dentro de cada ambiente de trabalho e entre os lugares da produção.

Contudo, as redes de empresa eram somente uma tendência até a criação do programa norte-americano das *Information Superhighways*,¹¹¹ que interconecta as empresas dos EUA numa estrutura de redes ligadas por computadores, fibra ótica e rede telemáticas, deslocando a economia dos EUA brutalmente para o setor de serviços (industriais e comerciais). Esse deslocamento norte-americano tem como resultado a superação definitiva da fábrica como principal lugar da produção. Agora é toda sociedade, então conectada, que é posta a produzir. As redes são, portanto, tanto o lugar da produção quanto da circulação.

As redes não funcionam como as infra estruturas rodoviárias que sustentaram o desenvolvimento fordista. As infovias não são um

¹⁰⁹ Já no final da década de 80, já havia sido instalado mais de 5000 servidores de rede, um embrião daquilo que mais tarde se chamaria Internet, conectando empresas, instituições públicas e universidades. O próprio mercado via aparecer uma convergência das indústrias eletrônica, informática, de telecomunicações e de mídia. Isto possibilitou um rápido avanço das chamadas tecnologias virtuais e das redes telemáticas em todos os campos do tecido social. A marca dessas tecnologias era de servirem como dispositivos de promoção da interatividade entre produção e consumo, fazendo com que ambos fossem um único processo.

¹¹⁰ Além de Antonio Negri, Maurizio Lazzarato, Antonela Corsani, Franco Bifo, Manuel Castells entre outros.

¹¹¹ Cocco (1995) divide em três constatações que constituem a emergência das superinfovias: 1) investimento em pesquisa e desenvolvimento norte-americano na indústria da informática pelo Departamento de Defesa, após o fim do socialismo real; 2) ao fim dos anos 80, o setor de telecomunicações busca novos mercados e “reservatórios” de valor; 3) a integração das mídias.

espaço de circulação de produtos produzidos pela indústria ou pelo setor terciário, mas elas são o próprio espaço de produção de relações de serviços, isto é, de bens imateriais nos quais produção e reprodução coincidem (Cocco, 1995, p.04).

A *produção em rede* então será cada vez mais determinada pelo paradigma imaterial, já que o computador em rede é “literalmente uma caixa vazia”¹¹². Se não houver nele criação de usos e interatividades entre seus sujeitos, não há como ativar essas redes, que perdem funcionalidade e utilidade. “A *performance* da ferramenta técnica depende da inteligência, da criatividade e da capacidade de invenção do trabalho vivo que se apresenta como trabalho imediatamente cooperativo” (Corsani, 2002, p.22). Acrescenta-se a isso o fato das *redes* (cuja Internet se tornou a mais utilizada) ter sido uma criação não somente do governo dos EUA, mas de uma multiplicidades de sujeitos que produziram invenções que as torna até hoje um lugar democrático, não hierárquico e não-centralizado.¹¹³ A implantação das *Information Superhighways* fez transferir a captura do valor de dentro da fábrica para todo o tecido social, numa gigantesca *economia da interatividade*. A nomenclatura *nova economia* só é um termo que explicita o sintoma do deslocamento para a hegemonia do trabalho imaterial sobre as formas de produção contemporânea.

¹¹² Sobre isso ver Corsani (2002, p.22).

¹¹³ A própria Internet possui uma história bastante peculiar. A princípio, um projeto do governo militar dos EUA para proteger as informações do inimigo invisível russo. Para isso, criou a Arpanet, em 1969, como uma rede não-hierárquica e descentralizada, onde as informações se distribuíam em diferentes pontos. Contudo, como as primeiras redes se localizam em várias universidades, um conjunto de cientistas e hackers tratam de ampliar essa redes dando novos usos a elas, principalmente, como espaço de inovação e criação de comunicação e conhecimento. Foram esses movimentos que fizeram da rede um ambiente formidável de comunicação e trabalho e, mais tarde, com o projeto das *Information Superhighways* como um lugar de produção econômica.

3.4 - O trabalho imaterial, redes e produção de subjetividade

A chave de interpretação do trabalho contemporâneo – como *imaterial* – remete às teses marxistas sobre *General Intellect*. A partir da leitura dos *Grundisses*, de Karl Marx, essas teses sustentam que o fato do trabalho vivo ter sido objetivado nas máquinas – se tornado apenas órgão consciente delas – reduzira o tempo de trabalho necessário como fator de criação de mais trabalho. “O 'tempo do trabalho' se tornaria apenas necessário à pura repetição maquínica, e com o desenvolvimento industrial, cessaria de ser a base da produção da riqueza, dependente cada vez mais da ciência e tecnologia empregada no desenvolvimento do maquinário e nas formas de como se processam a cooperação produtiva” (Marx, online)¹¹⁴.

O *saber social geral* (como trabalho científico geral e inteligência coletiva) é que determinaria assim a fonte de produtividade do capital. Essa tese de Marx, largamente estudada pelo operaísta Paolo Virno¹¹⁵, se concretizaria no contexto do pós-fordismo, à medida que é no interior da economia informacional que se sobressai a produção realizada através das atitudes mais genéricas da mente, como a faculdade de linguagem, a disposição à aprendizagem, a memória, a capacidade de abstração e correlação, a inclinação para a auto-reflexão. Nesse sentido o *general intellect* se expressa na produção contemporânea como uma *intelectualidade de massa*.

A intelectualidade de massas não faz mais que tornar verdadeira, pela primeira vez, a já citada definição marxiana de força de trabalho: ‘a soma de todas as atitudes físicas e intelectuais existentes na corporeidade’. [...] Afirmando que a intelectualidade de massa, em sua totalidade, é trabalho complexo, mas trabalho complexo irreduzível a trabalho simples. A complexidade, e também a irreduzibilidade, derivam do fato que esta força de trabalho mobiliza, no cumprimento de suas tarefas, competências lingüísticas-cognitivas genericamente humanas.

¹¹⁴ Trata-se da tradução minha para o texto *Fragmento sobre as Máquinas*, contido nos *Grundisse*.

¹¹⁵ Virno, Paolo. *La gramática de la multitude*, online

Estas competências, ou faculdades, fazem com que as obrigações do indivíduo estejam sempre marcadas por uma elevada taxa de sociabilidade e inteligência. (...) O que não é redutível a trabalho simples é a qualidade cooperativa das operações concretas executadas pela intelectualidade de massas (Virno, online, p.37).

A nova subjetividade produzida pelo trabalho é uma subjetividade política, coletiva, visto que o produto deste trabalho não é mais individual, nem isolado. Ao contrário. Mostra-se como uma combinação de atividades sociais a apresentar-se como “o produtor”, algo que está colocado nos *Grundrisse* por Marx (idem, 2001). O fim da grande indústria faz com que se dependa menos do tempo de trabalho e mais da potência da força de trabalho posta a produzir. E também da ciência, da tecnologia; da aplicação desta ciência à produção. Isto é, não é o trabalho imediato calculado pelo tempo gasto na produção, mas a apropriação da produtividade em geral. O indivíduo social é então o pilar de sustentação da produção de valor do capitalismo pós-fordista.

Será um indivíduo social e coletivo que determinará o valor da produção, pois, sendo o trabalho organizado em formas comunicativas e lingüísticas, e o saber sendo algo cooperativo, a produção dependerá sempre mais da unidade de conexões e de relações que constituem o trabalho intelectual e lingüístico, isto é, dependerá, então, deste indivíduo coletivo (Negri, 2003a, p.92).

O trabalho imaterial - como *general intellect* - consiste assim no “valor de uso do trabalho vivo”, envolvendo habilidades intelectuais, manuais e empresariais em atividades de coordenação, gestão, de pesquisa e de inovação (Cocco, 1999). Já Negri e Hardt (2001) complementam essa definição ao conceituar o trabalho imaterial como uma produção que não resulta em bens duráveis e materiais, mas em informação (produção de conhecimento), serviços (produção de relações) e afeto (produção erótica). O trabalho imaterial é então, como afirma Cocco (1997), uma recomposição do trabalho manual e do intelectual, mas ultrapassando essas duas visões.

Trabalho e valor

O tempo de trabalho torna-se algo supérfluo, pois a criação da riqueza independente do tempo empregado a ela. O que faz dessa relação não mais simples relação de subordinação ao capital, mas ao contrário, ela independe do tempo de trabalho imposto pelo capital. Por outro lado, torna-se impossível distinguir o tempo livre do tempo de trabalho, ou o tempo produtivo do tempo de lazer. O trabalho se inseriu em todos os tempos da vida.

Assim, são as formas de vida, nas suas expressões coletivas e cooperativas que constituem-se como fonte de inovação. O que é produtivo, então, é o jogo das relações sociais. Existe um excedente de relações sociais durante o processo de trabalho, e este excedente é o que gera novas formas e estilos de vida. E, até mesmo a capacidade constante de geração deste excedente é um ato criativo, base do trabalho imaterial. Podemos ainda afirmar que talvez rompemos com a divisão entre trabalho material e trabalho intelectual, um está contido em outro e ambos produzem de forma a ser um só¹¹⁶ (idem, 2001).

Existe um conceito de método por trás dessa discussão, pois revela que “a transformação do trabalho em atividade cognitiva é caracterizada por um excedente externo de valorização”. Se o saber, o intelecto é posto em produção, a produtividade deste trabalho determinará um aumento de riqueza e também um aumento de mais conhecimento (Negri, p.99, 2003b). Desta forma, conhecimento gera mais

¹¹⁶ “(...) os processos de trabalho ultrapassaram os muros da fábrica e atingiram toda a sociedade. [...] A sociedade como um todo é agora permeada pelo regime de fábrica, ou seja, pelas regras específicas das relações de produção capitalistas. Sob essa luz, toda uma série de distinções marxianas deve ser revista e reconsiderada. Por exemplo, na sociedade fábrica, a distinção conceitual tradicional entre trabalho produtivo e improdutivo e a distinção entre produção e reprodução, que em outros períodos possuíam uma validade dúbia, deveriam, hoje ser consideradas definitivamente ultrapassadas” (Negri & Hardt, p.22, 2004).

conhecimento – uma fórmula que se aplica a muitos campos de saber da sociedade capitalista atual, um sistema já denominado por capitalismo do conhecimento ou da informação. A característica fundamental do novo capitalismo é essa constante geração de mais valor em rede, pois o trabalho torna-se mais cognitivo por ser mais coletivo e ativador de redes sociais.

O novo trabalho produtivo é composto pelo conhecimento, porém, também pelo afeto, pelas relações que podem ser livres ou servis, mas que se jogam de forma completa dentro desse tecido social. O trabalho de relação, de flexibilidade temporal e da mobilidade espacial torna-se característico da nova qualidade de trabalho que nosso tempo conhece. O trabalho imaterial é trabalho abstrato em sua mais alta expressão (Negri, 2003b).

Por se fazer necessário o uso de saber acumulado, o saber coletivamente acumulado, a sociedade do conhecimento é posta a trabalhar de forma incessante, sem turnos e nem jornadas como ditavam os preceitos da administração científica. Negri (2001) nos diz que o corpo pode ser colocado a trabalhar, mas desta vez é alma do trabalhador que é posta a trabalhar, o corpo e a máquina são apenas seus suportes. E a alma se cansa como um corpo.

Não há liberdade suficiente para a alma, não há salário suficiente para o corpo, e por isso o trabalho (que é cada vez mais alma e cada vez mais sublima o corpo), nós o experimentamos como separação e exílio. É uma nova experiência de exploração a que vivemos. Mas é também uma nova experiência de constituição ontológica, ou melhor, de metamorfose (Negri, p.11, 2001).

A vida como produção do valor e como valor da produção

A ferramenta do trabalho, assim, é a própria vida e tudo o que pertence ao “sentir”. A vida é posta em produção e tudo o que essencialmente compõe os elementos de comunicação da vida. Uma vida individual não poderia ser produtiva, pois a linguagem se torna essencial na produção deste processo. A linguagem se exprime através das potências de viver, o que poderia chamar-se de afeto. O afeto torna-se uma das expressões da ferramenta de trabalho, em linguagens que são tanto racionais quanto afetivas. Tudo isso tem importante consequência na definição dos sujeitos. Todos os que possuem potências vitais estão no interior deste processo. Essas potências apresentam-se na forma de linguagem e afeto (Negri, 2001).

Negri chega a apontar um *devoir-mulher* no trabalho para dotá-lo de uma realidade que se tornou impossível ser imaginada sem passar pela produção de subjetividade, e, portanto, da reprodução geral dos pensamentos vitais. As mulheres sempre estiveram no centro da produção de subjetividade, ou seja, reproduzindo aspectos essenciais à vida. Viveram a confusão do tempo de trabalho com o tempo da vida. O *devoir-mulher* do trabalho não significa afirmar que o trabalho do atual capitalismo é algo restrito somente às mulheres ou que somente elas viverão este processo; mas significa reconhecer que a transformação que agora discutimos é transgressora e se dá na reprodução geral da riqueza através dos processos de produção de saber, de comunicação, de linguagem e de afeto. O diferencial é que as mulheres sempre foram excluídas da capacidade da produção de valor econômico e agora assistem a uma mudança conceitual e prática do trabalho que requer a feminização dos homens e uma masculinização das mulheres (idem, 2001).

A possibilidade de medir a exploração desapareceu definitivamente até mesmo porque a medida de valor se tornou ineficaz; “quanto mais a economia política se cala sobre o valor da força de trabalho, mais o valor da força de trabalho aumenta e intervém em um campo global, biopolítico” (idem, p.59, 2001). A dinâmica mostra-se paradoxal, a medida que o trabalho encontra seu valor no afeto, definido como “potência de agir”. O valor reside ainda mais no afeto, no trabalho vivo que se autonomiza da relação de capital e se exprime como potência de autovalorização. Assim, a teoria do valor marxista perde sua referência ao sujeito, mesmo como base de mediação ou do comando (idem, 2001).

Ou seja, o trabalho imaterial produz imediatamente relações sociais e assume uma forma social de manifestação baseada na colaboração de relações afetivas; por isso só pode ser realizado em comum, cada vez mais inventando redes de cooperação através do qual possa produzir. Nesse sentido, o afeto ocupa posição central para o trabalho imaterial, um afeto que sempre se manifestou no feminino através de expressões como o trabalho familiar ou doméstico, assistencial, materno ou educador. O trabalho que se apresenta na forma desse *devir mulher* envolve a produção de afetos, relações, formas de comunicação, cooperação, envolvimento com famílias ou comunidades. “O trabalho afetivo constitui produção biopolítica na medida em que produz diretamente relações sociais e formas de vida” (Hardt & Negri, p. 152, 2005).

O trabalho em saúde se constitui na sua forma imaterial à medida que o alto teor afetivo impregnado em suas entranhas mostra-se feminilizado, dotado de menos autoridade e é menos bem pago. A forma de cuidado expresso nas profissões da escuta, do acolhimento, da atenção, da informação e da educação não só executam o afetivo, mas também constroem relações e relacionamentos com usuários. Também gerenciam a dinâmica de um escritório, ou da clínica, mas também se desdobram em atenções com padrões, geralmente homens das profissões clássicas como advogados ou médicos.

Expressa-se no trabalho de todos os profissionais da saúde, é claro, mas principalmente dentre aqueles que o cuidado se manifesta sob a forma de escuta e acolhimento, como os enfermeiros, os assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas ou médicos. O que demonstra que quando a produção afetiva torna-se parte do trabalho assalariado pode ser vivida de forma extremamente alienante: “estou vendendo minha capacidade de estabelecer relações humanas, algo extremamente íntimo” (Hardt & Negri, p.153, 2005). Por isso o conceito de alienação marxista nunca foi um bom conceito a ser empregado para entender a exploração entre os trabalhadores operários de fábrica, mas sim a ser aplicado no entendimento da exploração entre os trabalhadores que produzem produtos imateriais. Aqui o trabalho não é visto como trabalho, pois produz afeto, assim como produz conhecimento e simbolismos. Aqui a alienação se constitui como um fator conceitual útil para entender a exploração (idem, 2005).

O conceito de trabalho imaterial não prevê a utopia de uma nova economia, mas prevê que sua hegemonia tende a efetivamente mudar as condições de trabalho. Por exemplo, qual o tempo necessário para a realização deste trabalho? Não se sabe, pois não se consegue mensurar. Qual o local de produção? Também não se sabe, pois nunca se conseguirá mensurar algo que se estende por todo o tempo vida. Na fábrica, assim como no hospital, os operários produzem exclusivamente enquanto estão em seus locais de produção durante as horas passadas dentro do local de produção. No entanto, quando a produção objetiva resolver um problema, criar uma idéia, uma relação, uma linguagem, o tempo de trabalho tende a se expandir por todo o tempo da vida. As idéias nascem no escritório, no consultório, mas também em casa, na conversa com os amigos ou mesmo em um sonho (Hardt & Negri, 2005).

Os economistas que estudam o pós-fordismo o caracterizam como um modelo que sustenta relações de trabalho flexíveis, móveis e precárias. *Flexíveis* porque

os trabalhadores devem se adaptar a diferentes tarefas, que raramente se repetem, o novo sempre está por vir; *móveis* porque mudam constantemente de empregos; e *precárias* pois não existem novas formas de contratação em massa que assegure a estabilidade a longo prazo (idem, 2005). Ou seja, no pós-fordismo as estratégias são voltadas para mercados especializados – algo que acompanha a especialização das ciências e dos saberes na sociedade do conhecimento.

Claro, as redes tecnológicas existem e determinam ainda boa parte da produção, mas a apropriação do trabalho coletivo e a captura do valor através da circulação das redes sociais produzem comunicação, relações sociais e cooperação. A diferença do trabalho imaterial é que os produtos são imediatamente comuns: relações afetivas ou informação por exemplo. No entanto, em contrapartida, a tentativa do comando é transformar toda a sociedade em estatísticas que as fórmulas não conseguem capturar. Esse é o devir biopolítico da produção (idem, 2005).

Qual o produto gerado no atendimento de um assistente social? Qual o valor econômico agregado ou produzido nos programas de educação em saúde executado por inúmeros enfermeiros ou médicos? Algo que as estatísticas não conseguem capturar, pois o produto é a informação, o conhecimento, vínculo e relações sociais permeadas por inúmeras mediações. Os produtos produzidos nunca são frutos do trabalho de um somente, mas de um coletivo. A linguagem, por exemplo, depende da capacidade de inovar em ambientes diferenciados, sempre em mutação ou com base em práticas e hábitos já vividos. O profissional da saúde, na execução de inúmeras tarefas e funções demonstra a capacidade de produzir vários tipos de enunciados e o seu poder de falar é baseado em um comum, pois toda produção de linguagem é compartilhada. O ato da fala é político¹¹⁷, pois é conduzido em comum, em diálogo, em comunicação (Hardt & Negri, 2005). A produção de saúde é uma produção biopolítica em si.

¹¹⁷ “A política é aquilo que nos separa do Estado” (Negri, 2003b).

Existe um diferencial entre **biopoder** e **biopolítica** nos formatos como aparecem na literatura produzida por Foucault. Por *biopolítica* entende-se a emergência de subjetividade, “uma abertura ontológica da liberação de processos que caminham em todas as direções” (Negri, 2003b, p.107). Dentro desses processos incia-se a discussão de produção de subjetividades. A biopolítica se apresenta nos espaços os quais se desenvolvem relações, lutas e produções de poder.

Por *biopoder* “entende-se quando o Estado exerce comando sobre a vida por meio de suas tecnologias e por meio de seus dispositivos de poder. O biopoder é a mais alta caracterização da modernização capitalista das relações sociais” (Negri, p.107, 2003b). Fala-se em biopoder pensando nas fontes do poder estatal e nas tecnologias específicas que o Estado produz. O controle das populações, o tecnicismo da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade... a medida que esses sujeitos tornam-se elementos importantes para o desenvolvimento do Estado moderno.

Se pensarmos em um âmbito maior, macro talvez, os Estados e as agências internacionais exercem seu biopoder malthusiano através da privação da ajuda alimentar e infra-estrutura sanitária para inúmeras populações; ou mesmo através de campanhas coercitivas de esterilização. Isso, somado ao alto interesse de lucro das corporações multinacionais, que muitas vezes se negam a investir em territórios pobres ou mesmo a vender medicamentos a preços que essas populações consigam pagar. “A pobreza e a doença tornam-se ferramentas indiretas de controle populacional”. Desde que Malthus testou suas teorias, os liberais passaram a detestar essa inclinação dos pobres para se reproduzirem. Se calcularmos, a cor da população global está mudando, tornando-se mais escura. “O controle populacional está associado a um certo pânico racial”. A reprodução da vida deve preservar e assegurar as hierarquias da ordem política do capital. “É esta talvez a forma mais primária do biopoder: se, como se costumava dizer,

quantidade é poder, a reprodução de todas as populações deve ser controlada” (Hardt & Negri, p.217, 2005).

Por isso a produção de saúde é biopolítica: *o produto é o próprio ato em si*. Nas idéias de Deleuze e Guattari, a biopolítica surge do conjunto do trabalho efetivo, do trabalho de relações; imaterial portanto. A flexibilidade temporal e a mobilidade espacial do trabalho tornam-se elementos característicos da forma de trabalho que o nosso tempo conhece (Negri, 2003b). Podemos afirmar que “a produção biopolítica é incomensurável”, pois não pode ser quantificada em unidades fixas de tempo e, também, por outro lado, é sempre excessiva na produção de valor que o capital pode e consegue extrair. Seu excedente é também incomensurável, “pois o capital não pode nunca capturar toda a vida” (Hardt & Negri, p.195, 2005).

A produção do trabalho vivo e o campo da saúde

Existe uma chave de questão para entender a autonomia dos trabalhadores da saúde em relação ao seu processo de trabalho, essa chave é a compreensão da categoria trabalho vivo. O trabalho, diria Negri e Hardt (2004), é o animal feroz que destrói todo o limite disciplinar. Para o capitalismo é necessário então domá-lo. Nunca a categoria Trabalho esteve tão em centralidade como agora. Se o trabalho invadiu o tempo da vida e as formas de vida tornaram-se o objeto de captura do capitalismo atual, logo existe uma centralidade do Trabalho de forma acentuada nos tempos atuais.

Do ponto de vista do trabalhador da saúde, seu trabalho é agora ferramenta central nessa busca por estilos de vida para tornar sua intervenção cada vez mais eficaz nas relações biopolíticas estabelecidas e torná-la objeto de ação de seu biopoder. Sob o ponto de vista dos usuários, suas vidas, no sentido mais sublime, nunca foram tão

interessantes como objeto de intervenção. Essa relação estabelece uma referência de análise das mudanças nos processos de trabalho também na Saúde. A eficiência estatal da Saúde Pública é submetida às regras de autonomia e de auto-ativação dos trabalhadores da saúde. Todas as mil variedades dos modelos de gestão da saúde e do seu sucesso se reduzem ao fato de ser o mais explícito reconhecimento da função imediatamente valorizada do trabalhador da saúde. A produção de cuidado é uma produção autônoma, um processo de trabalho que se manifesta na realização do trabalho em ato.

“A organização do Estado e da sua lei está, em grande parte, ligada à necessidade de construir uma ordem de reprodução social baseada no trabalho, e a forma do Estado e a sua lei é transformada de acordo com as modificações da natureza do trabalho” (Negri e Hardt, 2004, p.23/24). Ou seja, a vivência da prática e do conceito de Saúde Pública veio a se modificar também por uma mudança ocorrida no trabalho da Saúde, dando vez a uma mudança conceitual para a Saúde Coletiva. A transição paradigmática da Saúde Pública reflete uma mudança ocorrida nas formas de trabalho dos próprios trabalhadores da Saúde. Foi a compreensão de uma nova lógica de trabalho, mais micropolítica do ponto de vista das ações, que apontou para uma transição conceitual da Saúde. O Estado, então, apenas ratificou uma nova forma de reprodução social, trazida pelas mudanças ocorridas nos processos de trabalho dos trabalhadores da saúde; modificou sua natureza de intervenção. Ou seja, foi essa cartografia do trabalho vivo que determinou as bases da Saúde Coletiva e não as ferramentas de intervenção estatal.

Na crise do taylorismo e do fordismo, a subjetividade e a cooperação produtiva são incentivadas como condições, e não como resultados, do processo de trabalho (Negri & Hardt, 2004). Isso também se aplica a Saúde. Algumas medidas de controle de massa mantem-se pela conveniência de Estado para deter e inspecionar

doenças que se manifestam em forma de epidemias, entretanto, é na produção do cuidado e no diferencial das potências produtivas territoriais que as relações de trabalho são interiorizadas. De modo que a lógica da nova produção de Saúde requeira, certamente, uma flexibilidade total, e o *self-making* dos trabalhadores da saúde devem ser parte desta produção de inovação na produção de saúde. Se existe uma reestruturação produtiva no setor saúde, essa reestruturação é marcada pelo lugar central ocupado pelo território do trabalho vivo.

A existência efetiva do trabalho vivo em ato como componente orgânico e instituinte permanente do processo de trabalho em saúde, sob qualquer que seja sua forma, “atrai”, com certa particularidade, muitos projetos de cunho “autonomistas” de distintas inspirações (Merhy, 2005, p.170).

Assim, por exemplo, vem funcionando o SUS no Brasil. As normas operacionais que regulam sua implementação iniciada há mais de quinze anos tornam-se sempre normas mais políticas, que se adaptam ou não a uma dinâmica territorial. Ainda que seu ordenamento seja da implantação irrestrita e mostre-se obediente a um núcleo duro central de comando, as normas não conseguem obter o êxito de sua aplicação se não respeitarem a dinâmica dos territórios e o poder das relações biopolíticas que tornam constituintes inúmeros serviços e programas implantados de acordo com as relações sociais e políticas estabelecidas em várias regiões.

A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do Estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde. Administrar e, ou, governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto processos de produção de atos de saúde, tornaram-se necessidades imperativas para ordenar as melhores 'máquinas organizacionais' (Merhy, 2005, p.159).

O que vem a reforçar que certos “jogos” sejam estabelecidos com a norma. É comum ouvir de um gestor “aqui essa norma não pegou”, obedecendo a gíria da linguagem do “imperialismo sanitário¹¹⁸”. A dimensão produtiva do território e as formas de produção de cuidado em cada localidade estabelecem seus critérios. A agenda dos “gestores” durante toda uma década que passou foi tomada em torno de debates sobre os novos paradigmas gerenciais para o setor saúde. Ou seja, o trabalho vivo é organizado dentro da gerência da Saúde independentemente do comando estatal, somente em um segundo tempo essa cooperação produtiva é sistematizada pelo Estado.

Uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como esses sujeitos se interseccionam, permite realizar uma nova compreensão sobre a tecnologia em saúde, ao se tornar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações. Por isso, os que apostam na possibilidade de se constituírem tecnologias de ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão desse trabalho, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nas ações produtivas instituídas [...] têm conseguido realizar intervenções que focalizam o sentido da “captura” sofrido pelo trabalho vivo, abrindo-o para novas direcionalidades (Merhy, 2005, p.62/63).

A cooperação produtiva do trabalho em saúde apresenta-se como um precedente independente do consentimento ou solicitação estatal. Portanto, o Estado não se apresenta como organizador da força-trabalho, mas como registro e gestão da organização autônoma do trabalho. A função progressiva de ordenamento de Estado tende a acabar. A ditadura de uma produção hospitalar, em série, da relação doença-intervenção-cura está longe de aproximar-se à ótica do trabalho vivo. A produção da

¹¹⁸ A expressão foi extraída da obra de Camargo Jr. (2003), quando caracteriza um conceito de saúde que tudo pode resolver e a tudo pode explicar. A frase mostra-se irônica e precisa em sua definição. Aqui a utilizo para caracterizar um poder desenvolvido pelos gestores das secretarias de saúde, que, de uma forma geral, vêm-se diante de uma imensidade de demandas e múltiplas necessidades; de uma gama de inovações acontecendo durante todo o tempo em variados processos de trabalho de variadas instituições de seus territórios e respondem com o uso de algumas técnicas de gerência retiradas de manuais e cartilhas da administração científica com alto poder conservador.

saúde coletiva tem demonstrado o quanto as novas formas de produção do cuidado, do acolhimento e da atenção são produzidas de forma cooperativa como estabelecem as relações biopolíticas de produção do trabalho em saúde. “A característica fundamental do modo de produzir atual parece consistir no fato de que a principal força produtiva é o trabalho técnico-científico como forma complexa e qualitativamente superior de síntese do trabalho social. Isso significa que o trabalho vivo se manifesta, sobretudo como trabalho abstrato e imaterial” (Hardt & Negri, 2004, p.149).

Mesmo que o conjunto dessas intervenções se dê em função dos processos de obtenção do capital financeiro investido na área da saúde, o que se destaca é a produção de novas linhas de poder, partindo-se da ação de certos lugares-potência, constitutivos do território do agir em saúde, operando, em última instância, no fabricar cotidiano dos modelos de atenção, desmontando a lógica centrada nos procedimentos médicos (Merhy, 2005, p.170).

Ou seja, a força do trabalho vivo é a produtividade de uma cooperação que encontra na imanência e no imediatismo a força para se desenvolver. Essa é a autonomia da produção dos trabalhadores da saúde que, contemporaneamente, aparece como uma série de subjetividades produtivas e políticas. O trabalho vivo é a única potência dessa nova subjetividade política; é a única fonte de geração de riqueza, única forma de expressão de desejo e um meio de construção. Por ser força cooperativa e fonte de subjetivação é força de constituição; poder constituinte. Assim, todo o poder de Estado pode controlá-lo apenas de fora, já que não é permitido permeá-lo de forma disciplinar.

O trabalho vivo é a faculdade humana fundamental: a capacidade de enfrentar ativamente o mundo e criar vida social. O trabalho vivo pode ser encurralado pelo capital e reduzido à força de trabalho que é comprada e vendida e que produz bens e capital, mas o trabalho vivo sempre transcende isto. Nossas capacidades criativas de inovação são sempre maiores que nosso trabalho produtivo – produtivo de capital, queremos dizer. A esta altura, podemos reconhecer que esta produção biopolítica é,

por um lado, *incomensurável*, pois não pode ser quantificada em unidades fixas de tempo, e, por outro lado, sempre excessiva no que diz respeito ao valor que o capital pode dela extrair, pois o capital não pode nunca capturar toda a vida (Hardt & Negri, 2005, p.194/195).

A positividade dos estudos desenvolvidos por Merhy está precisamente na demonstração que o trabalho vivo é a tecnologia do tempo presente, algo que se produz em ato. Sua instância relacional, mais imaterial do ponto de vista do trabalho desenvolvido, é a determinação fundamental de uma outra lógica de produção da Saúde. As tecnologias criadas a partir deste trabalho são denominadas por “tecnologias leves”, talvez por serem “tecnologias” que fazem parte da vida em si. São tecnologias extraídas do modo de vida dos trabalhadores da saúde, constituem-se como a reprodução social da própria vida, criando um objeto de trabalho para a Saúde e recriando um trabalhador para este objeto. Características que trazem evidências do trabalho imaterial da Saúde.

Em sua racionalidade instrumental, os usuários procuram, ao consumir produtos do trabalho em saúde, pelo menos serem acolhidos nesse processo, aponto de que na sua dinâmica haja um momento em que se possa “escutá-los” nas suas manifestações-necessidades, que permita sua expressão do que “deseja” buscar; ao mesmo tempo, que possibilite o início de um processo de vinculação/resolução com um conjunto de trabalhadores, para que ali, em ato, se estabeleça uma relação de compromissos e responsabilizações entre saberes (individuais e coletivos), na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida, que envolvem atividades de promoção, proteção e recuperação, e que almejam, em última instância ganhos maiores de autonomia [*grifos nossos*] (Merhy, 2005, p. 173).

Esse tipo de trabalho imaterial, também pode ser chamado de trabalho afetivo. Os afetos, como a alegria ou a tristeza, o sofrimento ou a satisfação, revelam o estado da vida em todo o organismo, expressando um certo estado do corpo e também uma certa forma de pensamento o trabalho afetivo manipula afetos como a sensação de bem-estar, tranquilidade, satisfação. “Os trabalhadores do setor de saúde desempenham

tarefas afetivas, cognitivas e lingüísticas a par de tarefas materiais, como trocar curativos ou despejar o conteúdo das comadres” (Hardt & Negri, 2005, p.150).

O objeto de intervenção do trabalho em saúde não se apresenta como um objeto plenamente estruturado, com isso, as tecnologias de intervenção são configuradas como processuais, operando como tecnologia de relações, de encontros de subjetividades, para além de saberes tecnológicos já criados e estruturados, comportando-se com um certo grau de autonomia e liberdade significativa no modo de fazer essa produção. Assim, todos os trabalhadores, usuários, gestores dos serviços, também sabem que, para atingir essas finalidades, o conjunto desses atos formatam um certo modo de cuidar, que se apresenta de formas distintas: como ações individuais ou coletivas; abordagens clínicas e sanitárias de saúde; conjugação de saberes e práticas implicados em atos cuidadores e, assim, modelam uma forma de atenção à saúde (Merhy, 2005).

O ato de cuidar, assim como todo trabalho vivo realizado, potencializa a autonomia para se pensar alternativas anti-hegemônicas de trabalho. O risco do conformismo é o mesmo quando compreendemos que essa lógica de trabalho também se aplica à serviços comprometidos com a indústria farmacêutica ou com os seguros de saúde. O que aponta para uma contradição do próprio trabalho vivo: “a obtenção da qualidade do cuidado em saúde depende do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individuais e em equipe, mas esse exercício possibilita facilmente uma privatização dos processos decisórios e dos interesses em jogo” (idem, 2005, p.157). Essa base tensional, no entanto, permite almejar a exploração de territórios de potências singulares a esse campo de práticas sociais. “A saúde então constitui-se como produtora de novos *locus* de poderes instituintes” (idem, 2005, p.160).

Este espaço de tensão entre o instituído (o lugar dos poderes territorializados) e os poderes instituintes (esse jogo de potências) é o que se apresenta

como objeto de intervenção sobre a gestão em saúde – considerando que toda essa perspectiva está sedimentada em uma alta concentração de poder, e por isso, um alto poder conservador, a exploração dessas tensões-potências pode vir a gerar novos desenhos territoriais e novas direcionalidades no agir em saúde. Por isso, a polarização entre autonomia e controle sempre será um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que tentam gerenciar a produção de certo modelo tecnoassistencial. São maneiras efetivas de se desenhar modelos de atenção (idem, 2005).

O fato é que existe um ganho nesse espaço relacional tencionado ao fabricar no cotidiano dos modelos de atenção, uma lógica que desmonta a ação centrada nos procedimentos médicos à medida que o que se destaca é a produção de novas linhas de poder, partindo-se da ação de certos lugares-potências, constitutivos do território do agir em saúde. A potência do trabalho vivo é orgânica e constituinte (idem, 2005).

Desta forma, a ação regulatória sobre o sistema é uma ação que se apresenta como uma dinâmica de instâncias micro-decisórias. E, contudo, passa a interessar a todo um conjunto do processo gerencial, tanto no plano da organização quanto no processo de trabalho, que sempre rompe com a possibilidade de captura do trabalho vivo em ato no plano da assistência e no plano da gestão, contemplando as razões biopolíticas do usuário, mesmo que ele não esteja no momento do processo decisório. Esse “nó crítico” apresentado por Merhy nos traz argumentos que vem a reforçar que a dimensão ocupada pelo trabalho vivo na saúde é determinante em espaços os quais o trabalho é mais imaterial do ponto de vista das suas ações e mais biopolítico em sua concretude. É a capacidade de estabelecer relações humanas que o trabalhador da saúde vende quando negocia sua força de trabalho. Esse tipo de afeto contido no trabalho não cria apenas bens materiais ou serviços, mas também relações e, em última análise, recria a própria vida.

3.5 – A Multidão como novo sujeito antagonista

“O que o revolucionário impõe, contudo, não é tanto a pura coerência da força, mas o insistente mecanismo do desejo”.
Hardt & Negri

Multidão é um conceito que nasce na obra de Spinoza e nela se apresenta como uma multiplicidade de singularidades que se situam em alguma ordem. O conceito era algo presente em outras literaturas do pensamento político da modernidade anterior à Spinoza, no entanto, surgia como algo negativo, que precisava ser contido; deveria ser formado, ao invés de como matéria que continha em si um formativo. Traduzia uma falta de ordem talvez. Em Spinoza¹¹⁹ *Multidão* aparece como uma idéia imanente e materialista (Negri, 2003b).

Um dos diferenciais mais exatos para entender a idéia de *Multidão* está na equiparação e na releitura do conceito feita por Negri em tempos atuais. Em sua obra, como autor spinozista, *multidão* é uma definição de classe. Na sua forma mais geral e abstrata traçou um paralelo entre o conceito de *povo* e *multidão*, que de forma simplificada retrata: o povo é *uno*, a *multidão* é plural e múltipla. A população, naturalmente, é composta por indivíduos e classes diferentes, mas o conceito de povo torna-a unificada, por isso, algo que pode ser governado por um soberano apenas. A *multidão* não. “A *multidão* é composta por um conjunto de singularidades – e com singularidades queremos nos referir a um sujeito social cuja diferença não pode ser reduzida à uniformidade; uma diferença que se mantém diferente” (Hardt & Negri,

¹¹⁹ Spinoza escreve se direcionando diretamente à Maquiavel, pois o pensamento republicano nasce na Renascença, através da concepção crítica de crise da república florentina. Maquiavel descreve a democracia de Florença tendo como base os movimentos das classes proletárias (o povo) que se organizam para reapropriar-se da liberdade (a República). Spinoza então se pauta à Maquiavel e desenvolve o dispositivo da *Multidão* como democracia absoluta, única capaz de reapropriar-se da liberdade (Negri, 2003b).

2005, p.139). O desenvolvimento do capitalismo traz a afirmação de uma sociedade complexa, fortemente articulada em classes, o que proporciona a idéia de multidão como massa. Neste caso, aparece como um conjunto massificado, confuso; porém com capacidade para resistir (Negri, 2003b).

A existência de um “povo” torna redutiva a manifestação da diferença, pois faz dela uma unidade, escamoteada de identidade que nega e apaga as diferenças. “As singularidades plurais da multidão contrastam, assim, com a unidade indiferenciada do povo” (idem, p.139).

Embora múltipla, a multidão não é fragmentada ou incoerente. Também é um conceito que não pode ser confundido com entidades coletivas ou plurais, de massa; pois a massa não é capaz de agir por si mesma, precisa ser conduzida. Por isso são suscetíveis à manipulação externa. Nas palavras de Negri, a multidão, portanto, é um sujeito social internamente diferente e múltiplo, que não se baseia na identidade ou na unidade, mas naquilo que tem em comum.

A filosofia política moderna ensinou-nos que somente aquilo que é uno pode governar: o partido, o povo, o monarca, o indivíduo. Sujeitos sociais que não são unificados, mas múltiplos, devem então ser governados. Era a idéia que “todo soberano deve ser dotado de um corpo político onde há uma cabeça que comanda e membros que obedecem para dar sustentação ao corpo político do governante”. O conceito de multidão surge então para desafiar essa verdade consagrada de soberania.

Negri e Hardt (2005) nos dizem que a multidão embora seja múltipla e internamente seja diferente é capaz de agir em comum, portanto é capaz de se governar. A multidão governa a si mesma. Nela não há relação de comando e obediência. Seu desafio é justamente sua única possibilidade: a democracia, visto que a democracia é o governo de todos por todos. Assim, torna-se compreensível o entendimento porque o

capital quer tornar a multidão uma unidade orgânica, assim como o Estado precisa transformá-la em um povo.

Assim, o conceito de multidão abrange também um conceito de raça, gênero e diferenças de sexualidade e, muito do que foi formulado sobre o conceito está dentro dos movimentos feministas e anti-racistas. “Quando dizemos que queremos um mundo no qual a raça e o gênero não importem, ou seja, um mundo no qual não determinem hierarquias de poder, um mundo o qual as diferenças podem expressar-se livremente, estamos exprimindo um desejo de multidão” (Hardt & Negri, 2005, p.141). Acabar com o caráter limitador, negativo e destrutivo das diferenças diz respeito à utilização das singularidades como algo produtivo, potente, que se transforma radicalmente em força transformadora.

Quando se critica o sistema dos direitos sob o ponto de vista da multidão, caímos na armadilha impotente de imaginar que ela está periférica, ao lado dos sujeitos sem poder. Ou ainda a concepção que a multidão é minoritária, subalterna ou explorada – “algo que sempre cai no reino da representação, propondo soluções simbólicas” (idem, 2004, p.192). Mas o conceito é central na dinâmica de produção social e, ocupa uma posição de poder. Este poder, porém, é algo diferente do poder do Estado. Um poder que se afirma contra o outro, pois a singularidade da multidão é uma comunidade irrepresentável. Logo, essa relação de poder contra o outro, *pode ser demonstrada pelo poder constituinte da multidão contra o poder constituído do Estado* (Hardt & Negri, 2004).

Quando a força da multidão é aprisionada pelo capital torna-se verdadeira figura biopolítica, pois sua forma de produção é baseada no Comum, e tudo o que produz tende a compartilhar contra um comando imperial – o poder do capital global. A multidão é a única que consegue mover-se dentro do Império e expressar-se autonomamente, governando a si mesma. O que comprova que não existe mais um

“lado de fora” do capital e nem um “lado de fora” do biopoder. Eles funcionam intimamente juntos. Em contrapartida, o lugar da exploração do trabalho, contraditoriamente, é um lugar determinado e que tem uma topografia de distribuição espacial. Isso se mostra importante para entender onde se manifesta os atos de êxodo, resistência e luta em todo o mundo (idem, 2005).

Ou seja, o conceito de multidão ao definir-se como singularidades em rede que atuam em comum significa dizer que não existe uma contradição conceitual ou real entre a *singularidade* e o que é *Comum* – este é o núcleo da definição. Uma multidão é uma multiplicidade irreduzível, não pode ser aplainada na uniformidade, na identidade¹²⁰; não precisa optar entre a unidade e a pluralidade. Mostra-se como algo definido politicamente, não é um conceito empírico e dual (idem, 2005). Ao contrário, a identidade se sente ameaçada pela desterritorialização, pela contaminação, pela marginalização em nome de uma suposta pureza que se transforma em patologia identitária (Berardi, 2005).

(...) não seria o caso de perguntar ‘Que é a multidão?’, mas ‘Que pode vir a ser a multidão?’. Um tal projeto político deve fundamentar-se claramente numa análise empírica que demonstre as condições comuns, naturalmente não significam uniformidade ou unidade, mas de fato exigem que a multidão não seja dividida por diferenças de natureza ou espécie. Significam, em outras palavras, que os inúmeros e específicos tipos de trabalho, formas de vida e localização geográfica, que sempre haverá necessariamente de permanecer, não impedem a comunicação e a colaboração num projeto político comum (Hardt & Negri, 2005, p.146).

¹²⁰ “A identidade pode ser definida como o complexo de reações psíquicas ao ambiente que tornam possível a um organismo consciente reconhecer a própria continuidade experiencial desde um momento no tempo até o seguinte. Em si, a identidade não é certamente uma patologia, mas quando o organismo consciente, por causa da desterritorialização, não reconhece o próprio território psíquico e geográfico, pode desencadear reações de reterritorialização desesperada e agressiva, e procurar segurança na ilusória pureza da comunidade de pertença. A reação identitária se difunde hoje principalmente nas áreas sociais marginalizadas pelo fluxo da virtualidade e da riqueza econômica gerada pela *new economy*, isto é, no sul do planeta e nas periferias das metrópoles ocidentais” (Berardi, 2005, p.138/139).

Neste caso o Comum se traduz num elemento de solidariedade de todos que se revoltam contra a exploração; é formado por todos aqueles que trabalham sob o domínio do capital, e assim, potencialmente, como a classe daqueles que recusam o domínio do capital. Que estão sob as condições em que vários tipos de trabalho se comuniquem, colaborem e se tornem comuns. “O conceito repousa na tese que não existe uma prioridade política entre as formas de trabalho: todas as formas de trabalho hoje em dia são socialmente produtivas, produzem em comum e também compartilham um potencial de resistir à dominação do capital” (Hardt & Negri, 2005, p.147). Isto porque a idéia baseia-se na formação de um novo conceito de classe, fundamentado na produção do trabalho imaterial.

Ou seja, na corrente de pensamento desenvolvida por Negri e Hardt, a classe é determinada pela luta de classes, aquelas que são definidas pelos lineamentos das lutas coletivas. Nas palavras de Tronti, *“a classe existe porque luta, e não luta porque é classe”*. Em um sugestivo exemplo dado por Negri e Hardt, a raça, não é determinada pela etnia, nem pela cor da pele; a raça é determinada politicamente pela luta coletiva. Há quem sustente que a raça é criada pela opressão racial, mas essa lógica pode ser levada mais longe: *“a raça se manifesta através da resistência coletiva à opressão racial”* (Hardt & Negri, 2005, p.144). O que esses autores argumentam é que a classe econômica é formada através de atos coletivos de resistência.

Desse modo, uma investigação de classe econômica, como uma investigação de raça, não deve começar com um mero catálogo de diferenças empíricas, e sim com os lineamentos da resistência coletiva ao poder. A classe é um conceito político, em suma, na medida em que uma classe é e só pode ser uma coletividade que luta em comum (Hardt & Negri, 2005, p.146).

Na idéia de multidão, a classe, de forma primordial, é um conceito político; pois não reflete somente as atuais linhas de luta de classe, mas também porque propõe

algumas conduções futuras. “Nesse sentido, a função de uma teoria de classes é identificar as condições existentes de uma potencial luta coletiva e expressá-las como proposta política. A classe é na realidade um desdobramento constituinte, um projeto” (idem, 2005, p.144). A multidão representa a composição de uma classe biopolítica, ao passo que também econômica e política.

No século XIX o trabalho industrial tornou-se hegemônico para a economia, transformando até mesmo os setores mais minoritários numa lógica fabril, como o caso da agricultura. Negri e Hardt apontam que a sociedade transformou-se em uma sociedade industrial nas suas instituições, na escola, no exército, a família. Todos passaram a compartilhar elementos em comum. O fenômeno se repete no século XX. O trabalho industrial perdeu sua hegemonia e cedeu seu lugar ao trabalho imaterial. E esse trabalho biopolítico que não cria apenas produtos materiais, mas também formas de vida é o que tende à transformação econômica da sociedade. O que demarca também a passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade do controle, como forma de capturar esse trabalho da multidão.

Desta forma entendemos que o conceito também vai além do que identificamos por proletariado, sua definição abrange tanto o trabalho reprodutivo feminino quanto o trabalho industrial masculino; o trabalho industrial e o trabalho agrícola; os empregados e os desempregados; os operários e os pobres. “Em contraste com as exclusões que caracterizam o conceito de classe operária, multidão é um conceito aberto e expansivo” (Hardt e Negri, 2005, p.147).

À título de simplificação, Negri (2006) nos resume em poucos critérios o que vem a ser a multidão, se quisermos falar do conceito em si mesmo. Em base filosófica, **a)** multidão visa reduzir o *uno* e a multiplicidade é definida como uma multiplicidade de sujeitos; uma *multiplicidade irreduzível* que não pode ser reduzida à idéia de povo. O povo representa uma redução da multidão; **b)** multidão é um *conceito de classe*, uma

classe de singularidades produtivas, dos operadores do trabalho imaterial. É o conjunto da força criativa do trabalho; *c*) a multidão é uma *potência ontológica*, quer recriar o mundo à sua imagem e semelhança, ou seja, fazer dele um grande horizonte de subjetividades que se exprimem livremente e constituem uma comunidade de homens livres (2006, p.129/130).

A compreensão do capitalismo a partir do olhar sobre a multidão nos proporciona o entendimento que se não houvesse regulação política, isto é, nenhuma relação de força para regular as relações de trabalho, não existiria um mercado capitalista através do Estado. O controle político desta classe que produz, dizem Hardt & Negri, é o que faz proteger e expandir a propriedade privada. Além disso, é também o controle político que atenua e derrota todas as lutas do trabalho contra o capital. Não queremos com isso afirmar que chegaremos a um patamar em que não teremos nenhuma regulação sobre o trabalho, mas sim que as instituições, tanto públicas quanto privadas, tem se assemelhado cada vez mais umas às outras nos seus mecanismos de controle sobre as relações de produção. E desta forma, as empresas privadas ficam cada vez mais inseridas nas instituições públicas.

São essas relações que criam uma uniformidade global entre os defensores do mercado livre; o qual somente o trabalho que sofre alta regulação jurídica do controle estatal é o que proporciona o livre mercado. Sendo assim, o que é a globalização se não os contratos internacionais de negócios amparados por seus Estados, instituições regulatórias da economia e por instituições supranacionais? Hardt & Negri (2005) apontam que a OMC, por exemplo, mesmo com todo o desnível e contradições dos países mais pobres é “o verdadeiro encontro da aristocracia global” da mesma forma que o Fórum Econômico Mundial de Davos é o espaço onde as elites empresariais, burocráticas e políticas se encontram e não se surpreendem certamente.

Desta forma que se abrem verdadeiros ciclos internacionais de luta. Depois de um longo período de embates dos trabalhadores da indústria, estudantes e movimentos guerrilheiros anti-imperialistas; pós 68 inicia-se um novo ciclo: movimentos feministas, sexistas, movimento contra o *apartheid* na África do Sul, revoltas de agricultores, guerras civis contra governos (como o caso de El Salvador), e numerosas revoltas locais não divulgadas que envolviam populações oprimidas (Hardt & Negri, 2005). Ao chegar à década de 90 um novo ciclo internacional se manifesta em torno das questões da globalização, algo que é inaugurado com os protestos contra a reunião de cúpula da OMC em Seattle (2005, p.278) – considerado “o movimento dos movimentos”. É na década de 90 que se inicia nossa procura por esses rastros deixados por movimentos que simbolizam o *devir* da *multidão*. E é por isso que um novo ordenamento do poder será montado, agora ele precisa assumir o mesmo diagrama da Multidão, precisa ser uma rede de controle das redes de multidão.

3.6 - As novas formas de poder: a soberania imperial

A visão sedimentada de poder ou autoridade suprema do Estado, a concepção em que o Estado rege a ordem e que não deve sua validade a nenhuma outra ordem superior é um dos pontos de discussão nos atuais estudos sobre o capitalismo. A visão dos estatistas é que a soberania compreende um complexo de poderes que torna uma “nação” politicamente organizada na era moderna. Esta soberania estatal relaciona-se ao direito exclusivo de uma autoridade suprema sobre uma área geográfica, grupo de pessoas, ou indivíduo. A soberania sobre uma nação é geralmente atributo de um governo ou de outra agência de controle político; ou mesmo atribuída a um indivíduo, como na monarquia, a qual o líder é chamado genericamente de *soberano*.

Para Negri (2005) estas questões afligiram a modernidade. A terminologia desenvolvida pela ciência política da Idade Moderna, pensamento que se desenvolveu entre 1500 e 1900, nos coloca diante de conceitos que são estáticos pela tradição histórica que carregam consigo: soberania, Estado-nação, imperialismo ou colonialismo, cidadania ou sujeito político. Interpretados da maneira nos quais foram definidos, hoje significam muito pouco. A soberania era um conceito que tinha seu caráter absoluto.

O Estado-nação¹²¹ soberano era um Estado que supunha uma soberania quase absoluta, já que tinha a capacidade de fazer a guerra, de cunhar moeda de maneira quase independente ou de construir cultura de maneira isolada. Hoje estes elementos são cada vez menos importantes. Atualmente, vivemos dentro de um mundo no qual, com todas as diferenças, os processos de unificação e homogeneização necessitam cada vez mais de estudos que ressaltem seus significados.

¹²¹ O Estado pode ser definido como a instituição organizada política, social e juridicamente dentro de um território definido, onde a lei máxima é a Constituição. Possui soberania reconhecida internamente e externamente. Um Estado soberano é sintetizado pela máxima "um governo, um povo, um território". O Estado é responsável pela organização e pelo controle social, pois detém o monopólio legítimo do uso da força (coerção). No entanto, o Estado-nação é uma terminologia muito utilizada após a revolução francesa para designar um sentimento de "povo", entendido através da unidade de laços de língua, etnia, religião... E com essa aceção política que emergem os Estados-nação europeus.

Entende-se por soberania estatal a qualidade máxima de poder social através do qual as normas e decisões elaboradas pelo Estado prevalecem sobre as normas e decisões emanadas de grupos sociais ou indivíduos. A soberania é pressuposta através da constituição de um sistema de normas jurídicas capaz de estabelecer as pautas fundamentais de sua nação. Nas relações internacionais é a idéia de soberania que produz a noção de igualdade entre os Estados.

Thomas Hobbes analisou o soberano como o governante absoluto, definitivo, um “Deus na terra”. Como a relação entre os súditos e seu governante nunca seria pacífica, pressupondo situações como uma guerra civil, o ideal seria uma pactuação implícita, um contrato. Hobbes reconhecia que o poder absoluto consistia em fornecer a lei aos seus súditos, mesmo sem o seu consentimento. O contrato social é o que transfere todo o poder autônomo da multidão para um soberano, um poder situado acima dela e que a governa.

Um outro pensador sobre a condição de soberania, Rousseau, conceituou o “republicano absoluto”. Ao pensar uma realidade republicana, Jean-Jacques Rousseau concluía o contrato social como um acordo entre as vontades individuais sublimadas na construção de uma “vontade geral” proveniente da alienação das vontades isoladas para a soberania do Estado. O que não o diferenciava do “Deus na terra” de Hobbes. O conceito de “nação” fez parte de uma hipótese que pressupunha ser a “vontade geral”, ou seja, a alienação total dos direitos dos súditos ao soberano em nome da paz da comunidade.

Pensar a época da modernidade européia é inseparável da história do capitalismo. O poder que era transferido ao soberano estatal deveria coincidir com o interesse público. Como essa hipótese não se aplicou de fato, mesmo na modernidade, nos colocamos diante de uma primeira questão conceitual: a relação entre

individualidade e universalidade na formação de um Estado capitalista em desenvolvimento.

Na modernidade, a soberania foi enfocada de acordo com duas modalidades diferentes dentro da realidade européia. A primeira é a monarquia, ou seja, a reivindicação da unidade do poder e da ausência de limites em seu espaço interior. A segunda modalidade de constituição de um poder soberano moderno funda-se na criação de um “povo” capaz de ser interlocutor do soberano (Negri, 2005).

A soberania moderna idealizada por Hobbes¹²² e aplicada à modernidade pode ser dividida em duas categorias analíticas: *transcendência* e *representação*. Por um lado a soberania é fundamentada em um apoio teológico, *uno*; por outro, a representação legitima o poder do soberano e o aliena completamente da multidão de súditos. Assim, o poder está no *Uno*. A representação é a tentativa de unificar as multiplicidades (Hardt & Negri, 2001). O *Uno* é a negação de todas as singularidades e de todas as pluralidades.

O Uno é o princípio da negação. A negação de todas as singularidades, de todas as pluralidades. O Uno é abstração vazia. O Uno é também o princípio da teologia, da teleologia, da eugenia, não tem nada a ver com a unidade. Às vezes, os filósofos, aterrorizados com a perversidade das conseqüências desse tipo de pensamento, procuram atenuar suas pretensões metafísicas formulando a idéia de uma unidade como interação das singularidades. Mas se trata de uma mistificação: enquanto o Uno domina os conceitos – qualquer que seja a forma dessa dominação – o Uno dominará as coisas, apagará as diferenças, matará as singularidades. O Uno é o inimigo (Negri, 2006, p.197).

¹²² Na análise Hobbes, o corpo do soberano é o corpo social como um todo. “Há apenas uma cabeça, e os diferentes membros e órgãos devem obedecer a suas decisões e ordens. Assim é que a fisiologia e a psicologia reforçam a verdade óbvia da teoria da soberania. Existe em cada corpo uma única subjetividade e uma mente racional que devem exercer seu controle sobre as paixões do corpo” (Hardt & Negri, 2005, p.413).

“Não é, portanto, a unidade que é o contrário da multiplicidade, mas o Uno. É o Uno que é o princípio de toda alienação e que se dá como negação. A negação não é a ação, mas um vazio, um nada, é um princípio de subtração” (idem, 2006, p.198). Assim, é importante esclarecer a diferença entre a unidade vista como um processo de unificação e a unidade concebida como um bloco abstrato.

Negri e Hardt (2005) afirmam que uma das verdades recorrentes da filosofia política é que só aquilo que é *uno* pode governar, seja o monarca, o partido, o povo ou o indivíduo. Sujeitos sociais que não são unificados, mas múltiplos, que não podem governar, devendo, pelo contrário, serem governados. “Em outras palavras, todo soberano forma necessariamente um corpo político dotado de uma cabeça que comanda, de membros que obedecem e de órgãos que funcionam conjuntamente para dar sustentação ao governante” (p.140). Este é o desafio conceitual para se pensar a tradição da soberania. “*Sujeito, unidade de poder e lei: aí estão os elementos sobre os quais atua a teoria da soberania*” (Foucault, 2002, p.50).

O conceito de soberania domina a tradição da filosofia política e sempre serve de base a tudo que é político precisamente porque exige sempre que apenas um governe e decida. Somente o *uno* pode ser soberano, afirma a tradição, e não pode haver política sem soberania (Hardt & Negri, 2005, p.412).

O significado de “nação” na Europa se desenvolveu no terreno do Estado patrimonial e absolutista. “O Estado patrimonial foi defendido como propriedade do monarca”; pois essa era a forma política exigida para governar as relações sociais feudais e as relações de produção. “A propriedade feudal era parte do corpo do monarca, assim como [...] o corpo monárquico soberano era parte do corpo de Deus” (idem, 2001, p.112). O processo de acumulação primitiva do capital impôs novas condições à estrutura de poder, sendo assim necessária à criação do pensamento único de “nação” voltado à perspectiva do território: a população como abstração ideal; o

território físico e a população como extensão transcendental em um conceito – nação (Negri & Hardt, 2001).

Os primeiros processos capitalistas produtivos incorporaram essa totalidade de poder já estruturada, por meio da estabilização causada pelo sentimento integrador de identidade nacional. Neste conceito somavam-se fatores que propiciavam a idéia de integração e consensualidade: identidade cultural, mesma abrangência territorial, idioma comum e continuidade biológica das relações de sangue sobre a perspectiva do território compartilhado e delimitado. “O conceito de nação sempre foi apresentado como um conceito de modernização capitalista, que se dizia capaz de unir as demandas interclasse de unidade política e as necessidades de desenvolvimento econômico” (idem, 2001, p.114).

O mais importante como o horizonte patrimonial foi transformado em horizonte nacional foi a passagem de súditos a cidadãos. A ordem disciplinar do súdito feudal cedeu sua vez a ordem disciplinar do cidadão. Algo que trazia uma modificação de um papel passivo para um papel ativo, pois a nação sempre precisa se apresentar como força ativa, geradora de relações sociais e políticas. A “nação” sempre é apresentada como uma concepção coletiva, uma comunidade de cidadãos. O conceito chega a ser progressista, na medida em que propõe a comunalidade. Assim, se naturaliza a relação de soberania, retirando qualquer resíduo de antagonismo ou perspectiva de conflito (idem, 2001). A “nação” é o coletivo uno, livre de contradições, pois tudo deverá ser contemplado pela força do Estado. Pois o Estado é a representação da nação.

No fim do século XVIII e ao começo do século XIX, o conceito de soberania nacional finalmente sedimentou-se no pensamento europeu. Ao passar pela revolução francesa, a Europa deu conotação política construtiva ao conceito de nação. A nação sustentava o conceito de soberania, alegando que o precede. Na França, diz Negri & Hardt (2001), “nação” diferenciava-se do conceito moderno de “soberania”, pois se

relacionava a uma noção democrática de comunidade. O precário poder de soberania foi aplicado à idéia de “povo” – o que foi uma inovação para a época, pois constituía o centro da sensibilidade entre os grupos revolucionários.

“Apesar de ‘povo’ ser a base originária da nação, o conceito moderno de povo é, na verdade, produto do Estado-nação e só sobrevive dentro do seu contexto ideológico específico” (idem, 2001, p. 120). O rei é o povo, por mais paradoxal que seja. Em uma monarquia, o povo é algo *uno*, dotado de *uma* vontade.

A autoridade soberana garantia paz e segurança aos indivíduos e à propriedade. O “absolutismo” representava não só a absoluta situação em que a autoridade era livre, mas que também era livre de qualquer limite. Na monarquia, o momento em que os indivíduos alienaram poder tornaram-se um povo; isto é, um conjunto de portadores de direitos reconhecidos pelo soberano. Então que o conceito de povo aparece na modernidade como uma produção do Estado. “Povo’ entendido como o conjunto de cidadãos proprietários, e a propriedade é o direito fundamental. Um grupo que abdicou de sua liberdade tendo como compensação a garantia da propriedade. Sua liberdade, após ter sido um direito natural absoluto, torna-se agora um direito público (subjetivo) e, portanto, é o Estado que garante o grau e a medida de liberdade dos indivíduos, útil ao fundamento da máquina estatal e à reprodução das relações de propriedade” (Negri, 2005, p.143).

Entre os séculos XVIII e XIX o conceito de povo passou por uma reconstrução na Europa. A formação da identidade europeia conflitava com os seus próprios nativos. Nação, povo e raça perderam suas distinções, pois a imigração e o multiculturalismo geraram conflitos no território europeu. Inicia-se a percepção de que as sociedades e os povos europeus nunca foram uniformes. A identidade do povo foi construída em um plano imaginário, que escondia (ou eliminava) diferenças e isso, dizem Hardt & Negri, “corresponde à subordinação racial e à purificação social”.

Mas o que é que se pode então conceber por “povo”? Hardt e Negri entendem que o “povo” não é uma entidade natural ou empírica; não se pode chegar a identificar o povo somando ou fazendo a média da população inteira. O povo é mais uma representação que faz da população uma unidade. “A chave para a construção do povo é a representação. A multiplicidade empírica da população torna-se identidade por meio dos mecanismos de “representar” – e aqui podemos enfatizar a conotação tanto política quanto estética do termo “representar”, que está embasado em uma posição e condição de medida – e por “medida” deve-se entender nem tanto uma condição quantificável, mas sim uma condição delimitada” (Negri, 2003b, p.118/119).

Pensar sobre a soberania dos Estados na atualidade remete de imediato repensar a representação. “Uma multiplicidade delimitada ou medida pode ser representada como uma unidade, mas o não mensurável, o não delimitado, não pode ser representado”. Este é o único sentido no qual o conceito de povo está intimamente relacionado ao espaço nacional delimitado. Em suma, o povo não é uma identidade nem imediata, nem eterna, mas é o resultado de um processo complexo que é próprio de uma formação social e de um período histórico específico (Hardt & Negri, 2001).

Isto porque na modernidade européia, a soberania era concebida por duas modalidades diferentes. A primeira é a monarquia, ou seja, a reivindicação da unidade do poder e da ausência de limites em seu espaço interior. No presente, esta modalidade não é mais possível. “A soberania hoje não pode, mesmo à custa de esforços externos, chegar a unidade: sua natureza dupla sempre emerge. A instabilidade do poder soberano no Império é assim parte de sua definição” (Negri, 2003b, p.82/83). A segunda forma de constituição de um poder soberano europeu moderno fundou-se na criação de um povo capaz de ser interlocutor do soberano. Também essa elaboração hoje não é mais possível. Não existem mais povos, mas somente multidões que seguem dinâmicas

moleculares, reivindicam diferenças, experimentam cruzamentos e hibridações (Negri, 2003b).

Negri (2005) nos diz que uma das condições fundamentais da soberania é a capacidade de excluir do próprio território nacional fontes externas de autoridade, é virtualmente impossível no caso em que a distinção entre o dentro e o fora esteja progressivamente se reduzindo. “Este inimigo invisível é mais sintoma do que causa da transformação da soberania nacional” (idem, p.77). Para o autor, a soberania não é uma substância autônoma, mas uma relação entre soberano e súdito. O poder soberano nunca é absoluto. Tende constantemente à consolidação e à reprodução de sua hegemonia de súdito. “Assim, quem obedece não é menos essencial para funcionalidade, e a própria idéia de soberania, de quem comanda” (idem, p.73).

Um outro importante marco histórico de transição apontado por Negri e Hardt (2001) é o fim do colonialismo. “O fim do colonialismo é também o fim do mundo moderno e dos modernos regimes de governo. O fim dos colonialismos modernos, é claro, não abriu de fato uma era de liberdade absoluta, antes submeteu-se a novas formas de mando que operam em escala global. Aqui temos um primeiro vislumbre real da transição para o Império” (Hardt & Negri, 2001, p.151).

A análise histórica do colonialismo mostra que ele foi a representação em que o capitalismo se desenvolveu de forma desigual. Um desses caminhos desiguais foi a produção escrava colonial de larga escala nas Américas entre os séculos XVII e XIX, uma história que não é pré-capitalista, ao contrário, se amplia dentro dos desenvolvimentos complexos e contraditórios¹²³ do capital. A população africana foi arrebatada para trabalhar onde, exatamente, existiam os “buracos” populacionais de

¹²³ A produção escrava na América e o tráfico de escravos africanos foi um sustentáculo estável sob o qual se reergueu o capitalismo europeu. “Não há contradição aqui: o trabalho escravo nas colônias tornou possível o capitalismo na Europa, e o capital europeu não tinha interesse em desistir dele” (idem, 2001, p.139). A escravidão produzida no continente americano funcionou como uma espécie de “capital de giro” para o desenvolvimento do capitalismo, mesmo que o sistema capitalista represente a antítese do trabalho escravo.

pessoas nativas que morreram por armas ou doenças européias. “Na prática o capital não apenas submeteu e reforçou sistemas de produção escrava em todo o mundo, mas também criou novos sistemas de escravidão em escala nunca vista, particularmente na América” (Hardt & Negri, 2001, p.138).

Na realidade, nem argumentos morais em casa, nem cálculos de lucratividade no exterior, poderiam levar o capital europeu a dismantelar os regimes escravos. Só a revolta e a luta dos próprios escravos poderiam fornecer uma alavanca adequada. Justamente quando o capital avança para reestruturar a produção e emprega novas tecnologias apenas como resposta à ameaça organizada de antagonismo dos trabalhadores, o capital europeu não renunciaria à produção escrava até que os escravos organizados representassem seu poder e tornassem esse sistema de produção insustentável. Em outras palavras, a escravidão não foi abandonada por razões econômicas, mas derrubada por forças políticas (idem, p.139/140).

Assim, afirmar a crise de soberania dos Estados-nação representa assegurar a crise da modernidade. Isto é, afirmar a co-presença de um novo conjunto produtivo de subjetividades livres e de um poder disciplinar que quer explorá-las. Na Idade Moderna, a nação passa a ser a única maneira de imaginar uma comunidade. Da mesma forma que ocorreu nos países europeus, aqui também a multiplicidade e a singularidade da multidão são negadas através da camisa-de-força da identidade e homogeneidade de um povo. O conceito de nação mostra-se progressista, porém reacionário, pois a comunidade não é uma criação coletiva dinâmica, mas um mito. Uma noção originária de povo propõe uma identidade que homogeneiza e purifica a imagem da população, enquanto impede as interações construtivas de diferenças dentro da multidão (Hardt & Negri, 2001).

O pensamento pós-moderno foi recebido por uma ampla esfera de especialistas como toque de clarim de um novo paradigma de prática acadêmica e intelectual, e como oportunidade real de desalojar os paradigmas dominantes em seu próprio terreno. Um dos paradigmas mais importantes, pela nossa perspectiva, é o

campo das relações internacionais. Aqui o paradigma ‘modernista’ [se fixa] no poder dos Estados-nação, do emprego legítimo da violência estatal e da integridade territorial. De uma perspectiva pós-modernista, tais relações internacionais ‘modernistas’, por aceitarem essas fronteiras e nela se basearem, tendem a apoiar o poder dominante e a soberania dos Estados-nação (...). Teóricos pós-modernistas das relações internacionais empenham-se em desafiar a soberania dos Estados pela desconstrução das fronteiras dos poderes dominantes, ressaltando movimentos e fluxos internacionais irregulares e não controlados e, com isso fraturando unidades e oposições estáveis (Hardt & Negri, 2001, p.159/160).

Do ponto de vista do colonialismo europeu, a crise da modernidade tem uma relação próxima com a subordinação racial e a colonização. Hardt (1997) afirma que o Estado-nação é uma máquina de produzir o Outro. “É o anti-semita que faz o judeu, é o colono que faz o colonizado para poder criar-se a si mesmo”. O sujeito europeu da soberania moderna é fundado na dialética de reconhecimento do Outro. “É somente quando se opõe ao colonizado que o sujeito metropolitano toma consciência daquilo que é” (idem, p.57).

(...) a soberania se constitui a partir de uma forma radical de vontade, forma que pouco importa. Esta vontade é vinculada ao medo e a soberania nunca se forma por cima, ou seja, por uma decisão do mais forte, do vencedor ou dos pais. A soberania se forma sempre por baixo, pela vontade daqueles que tem medo (Foucault, 2002, p.111).

A modernidade vivida no Iluminismo europeu demonstrou que o Outro era obscuro; mas deveria ser dócil, imutável e subordinado ao europeu. Os sinais de primitivismo que a antropologia do século XIX narrou sobre as culturas não européias representavam estágios evolutivos que caminhavam rumo à civilização européia. O oriental, o africano, o ameríndio são todos componentes necessários da base negativa da identidade européia e da soberania moderna. *A colônia está em oposição à modernidade da Europa* (Hardt & Negri, 2001).

Mesmo assim, existe potência na definição conceitual de soberania. Por ter dois lados, significa que a soberania é uma luta constante e essa luta é sempre um obstáculo para o poder soberano. O soberano pode bloquear ou simplesmente limitar as vontades dos que estão no poder. Essa relação conflituosa é o ponto central em que a soberania pode ser derrubada, ou ao menos desafiada. A ameaça está na possibilidade dos governados rejeitarem a posição de servidão e retirarem-se da relação. Porque a soberania é uma relação e a recusa é e sempre será uma ameaça ao poder. “Sem a participação ativa dos subordinados a soberania se desmorona” (Hardt & Negri, 2005, p.418).

A soberania moderna, desta forma, é um mundo maniqueísta, dividido por uma série de afirmações binárias que dividem o Eu e o Outro, o branco e o negro, o de dentro e o de fora, o dominador e dominado. O pensamento pós-modernista desafia justamente essa lógica binária que a modernidade construiu. O hibridismo, o multiculturalismo, a diferença e as ambivalências de nossas culturas marcam as teorias pós-modernistas. O discurso da pós-modernidade¹²⁴, ou da alter modernidade constitui a insistência na diferença e desafia os discursos totalitaristas de poder; propõe, sobretudo, uma interrupção de todo o desenvolvimento da soberania moderna – uma política de fluxo desterritorializado, num mundo livre da rigidez das teorias estatais baseadas nas fronteiras fixas da modernidade (Hardt & Negri, 2001).

(...) a modernidade continua aberta e viva hoje, caracterizada por aquela corrente do pensamento ocidental que afirmou a idéia de uma democracia radical contra o capitalismo triunfante (Negri & Hardt, 2004, p.34).

¹²⁴ Alguns autores utilizam a terminologia “pós-moderno” por se recusarem a aceitar o fim das categorias do moderno (Estado-nação, direito internacional...), diz Negri. E acrescenta: “insistimos em uma concepção das causas históricas que encontra na dinâmica das lutas a razão da modificação da realidade histórica, da ruptura conceitual e, portanto, a necessidade de estabelecer um novo léxico” (Negri, p.68, 2003b).

Dos Estados-nação ao Império

Aqui chegamos a demonstração de uma importante chave desta corrente de pensamento que afirma uma transição geral do paradigma de soberania moderna para o paradigma de soberania imperial. “Os ‘pós’ modernistas e ‘pós’ colonialistas sempre se utilizam da crítica embasada pelo Iluminismo como fonte de dominação”. As teorias ‘pós’ colonialistas combatem os resquícios do pensamento colonialista. As teorias ‘pós’ modernistas não reconhecem adequadamente o objeto da crítica contemporânea. Isto é, confundem-se sobre quem é o inimigo hoje. Hardt & Negri apenas apontam que reconhecer o valor e as limitações de teorias pós-modernistas¹²⁵ e pós-colonialistas é um primeiro passo para compreender profundamente essa transição, desenvolver seus termos e tornar claro seus contornos. Entender a formação do Império.

O “*Império*” é uma categoria criada pelos autores para definir uma nova forma de produção desse novo capitalismo global. Em nada se assemelha ao “imperialismo”, como muitos desenvolvimentistas apregoam equivocadamente. Ao contrário, representa exatamente a sua negação e sua superação como base analítica.

O conceito de Império é apresentado como um concerto global, sob a direção de um único maestro, um poder unitário que mantém a paz social e produz suas verdades éticas. E, para atingir esses objetivos, ao poder único é dada a força necessária para conduzir, quando necessário for, “guerras justas” nas fronteiras contra os bárbaros e, no plano interno, contra os rebeldes (Negri & Hardt, 2001, p.28).

¹²⁵ “Como discurso político o pós-modernismo tem uma certa aceitação na Europa, Japão e América Latina, mas seu sítio básico de aplicação é dentro de um segmento da elite da *intelligentsia* americana. Do mesmo modo, a teoria pós-colonialista que compartilha certas tendências pós-modernistas foi desenvolvida principalmente entre metrópoles e grandes universidades da Europa e dos Estados Unidos. Essa especificidade não invalida as perspectivas teóricas, mas deve nos fazer parar um pouco para refletir sobre suas implicações políticas e seus efeitos práticos. Numerosos discursos genuinamente progressistas e libertadores aparecem ao longo da história entre grupos de elite [...]. mais importante do que a especificidade desses teóricos são as ressonâncias que seus conceitos estimulam em diferentes posições geográficas e de classe” (Hardt & Negri, 2001, p. 172).

O “Império” não é um Estado-nação expandido e nem se revela como o poder imperialista americano (EUA). É uma transferência de soberania dos Estados-nação para uma entidade superior. Para Negri (2006), a categoria *Império* insiste que as grandes transferências de soberania que estão acontecendo, na esfera militar, monetária, cultural, na linguagem e na política diferem-se da estrutura do Estado-nação. É uma categoria criada pelos autores para definir uma nova forma de produção desse novo capitalismo global. O conceito de “Império” nos remete a uma discussão sobre biopoder¹²⁶, algo existente somente na nova ordem global do capitalismo. Uma relação sem centro, ou melhor, em que não há centralidade de uma ou outra “nação”, o “Império” está em todo lugar, mas situado em lugar nenhum¹²⁷.

A característica fundamental da soberania imperial é que seus espaços estão sempre abertos. A soberania da modernidade concebia espaços limitados e suas fronteiras eram policiadas pela administração soberana. Na concepção imperial a lógica de sua ordem é sempre renovada e sua expansão é também sempre recriada. O Império é composto por reterritorializações contínuas. A soberania, em sua forma imperial, precisa sempre superar barreiras e limites dentro de seus domínios e suas fronteiras. Essa superação contínua é que faz o espaço imperial ser sempre um espaço aberto. “Como teria soado vazia a retórica dos federalistas, e como seria inadequada sua ‘nova ciência política’ se eles não tivessem pressuposto esse vasto e móvel limiar da fronteira” (Hardt & Negri, 2001, p.188).

Dividir e conquistar’ não é, portanto, a correta formulação da estratégia imperial. Com mais frequência o Império não cria divisões, mas reconhece as diferenças existentes e potenciais,

¹²⁶ “O biopoder é a sujeição da vida e dos infinitos entrelaçamentos das populações a uma hierarquia soberana de comando”. Se o biopoder é uma condição de dominação no Império, na América Latina essa condição aparece escamoteada no discurso da não diferença racial. (Cocco & Negri, 2005, p.201).

¹²⁷ “Marx prevê, no longo prazo, um império do capital, sem Estados nem fronteiras. ‘(...) uma unidade econômica que não se baste a si mesma e que estenda infinitamente sua força imensa até transformar o mundo num império universal, tal é o ideal sonhado pelo capital financeiro” (Fiori, 2004, p.43/44).

festeja-as, administra-as dentro de uma economia geral de comando. O triplo imperativo do Império é incorporar, diferenciar e administrar (Hardt & Negri, 2001, p.220).

O paradigma da modernidade prevê um “dentro” e um “fora” da estrutura de poder da ordem capitalista. A crise da modernidade está situada no limiar. O que mudou na passagem para a ordem imperial, entretanto, é que esse lugar fronteiro já não existe. “Podemos dizer que no Império o capital e a soberania tendem a se sobrepor completamente” (Hardt & Negri, 2005, p.419). Foucault incita em seus estudos sobre subjetividade a revisão dos parâmetros modernos quando questiona o que tradicionalmente era considerado o “lado de dentro” da subjetividade e o “lado de fora” da esfera pública. Para Foucault a crítica à racionalidade moderna era separar o “dentro” do sistema e o “fora” da subjetividade. A fronteira aí existente mostra um dos aspectos do império na transição à pós-modernidade. O Império, desta forma, mostra-se como um desdobramento ou mesmo uma expansão da teoria formulada sobre a sociedade do controle de Gilles Deleuze.

A sociedade disciplinar, típica da era do capitalismo industrial, fordista, centrada na fábrica, dá lugar à sociedade do controle, a qual o capital político tem centralidade advinda de um outro perfil de trabalho gestado dentro da fábrica, e que, atualmente, produz riqueza mesmo fora dela. Por isso, o Estado não governa mais com força de mecanismos disciplinares, mas com redes de controle. Essa transição da teoria desenvolvida por Negri atravessa de Foucault a Deleuze, marcando um momento das sociedades disciplinares, caracterizadas pelos confinamentos ou pelas instituições – base da sociedade civil. E, também, das sociedades disciplinares, na qual o Estado não somente taxa através de impostos a produção de riqueza, mas organiza a produção, integrando-a ou subsumindo-a às políticas estatais. O controle é a estratégia de governo.

Isso significa dizer que o espaço social não foi totalmente esvaziado de instituições disciplinares, mas que foi totalmente preenchido por modulações de controle. As resistências que surgiam nas estriagens da sociedade civil não encontram nenhuma base na superfície do modelo de governo baseado no controle.

A partir de Foucault, Negri relembra que por “*disciplina*” entende-se uma forma de governo sobre os indivíduos ou dos indivíduos de maneira singular e repetitiva. Seria aquela que cobre todo o tecido social, em uma determinada época, por meio da taylorização do trabalho e do fordismo salarial (keynesianismo). Por “*controle*” entende-se o governo das populações por meio de dispositivos que abarcam coletivamente o trabalho, o imaginário, a vida. Ou seja, a passagem do fordismo ao pós-fordismo. “A vida, então, passa a fazer parte do campo de poder” (Negri, 2003b, p.104/105).

A soberania é o controle da reprodução do capital e, portanto, o comando sobre a proporção do relacionamento de forças (trabalhadores e patrões, proletariado e burguesia, multidões monarquia imperial) que o constitui. Na modernidade, então, a soberania reside no Estado-nação. No pós-moderno a soberania está em outro lugar, no Império talvez. O Estado-nação é incapaz de exercer o controle da relação de capital. Do ponto de vista do capital, os mecanismos de reprodução da sociedade, lutas antiimperialistas e anticoloniais impedem os Estados-nação de ser ponto de equilíbrio e garantia única do desenvolvimento capitalista (Negri, 2003b).

Dizer que a soberania dos Estados-nação está em crise, significa dizer que essa mesma soberania se transferiu para algum lugar. Mas isso é um problema que está em aberto na obra dos autores utilizados. Por isso afirmam que a soberania dos Estados-nação situa-se em um ‘não-lugar’. O que se tem certeza é que esta transição se deslocou para diferentes formas das tradicionais – o que não é revelado pelo direito

internacional¹²⁸ pelo fato do mesmo ser fundado na relação entre potências estatais nacionais que estabelecem entre si uma série de acordos, pactos, contratos e prevêm uma série de sanções sempre que o pacto seja ameaçado de rompimento ou ofensa (Negri, 2003b).

Nas linhas divisórias da superfície global temos formas que não apresentam substancialidade diante das velhas teorias do direito nacional e constitucional: exercício de soberania, território, língua, moeda tornam-se elementos móveis e transitivos. Até mesmo a distinção clássica entre Primeiro, Segundo¹²⁹ e Terceiro Mundo precisa ser revista em sua *hierarquia*. Não há dúvida que essa divisão se torna cada vez menos verdadeira de acordo com as linhas tradicionais e limites geograficamente estabelecidos. “No Terceiro Mundo vemos crescer arranha-céus e emergir pontos de nova capacidade de governo e de poderes cada vez mais ligados aos do Primeiro Mundo. Miséria e riqueza extremas se tocam de acordo com geografias completamente novas” (Negri, 2003b, p.15). As divisões geográficas se tornam cada vez mais imateriais. As fronteiras, bem como os nexos hierárquicos se tornam funcionais e em continuação.

A variante metodológica de Império (...) consiste, pois, em considerar o processo de globalização não em sua representação final, mas em suas dinâmicas. Dinâmicas essencialmente determinadas pelos conflitos no desenvolvimento capitalista (idem, 2003b, p.18).

¹²⁸ “Império e direito internacional negam-se mutuamente. Essa era a constatação da qual havíamos partido. Esta é uma condição irreversível” (Negri, 2003a, p.40).

¹²⁹ O fim do Segundo Mundo é um elemento importante para entender a constituição do Império. O fim do mundo do socialismo real ou realizado representa uma passagem essencial da forma de produção. A crise do sistema soviético relaciona-se à passagem do fordismo ao pós-fordismo. As novas formas de produção, a passagem ao trabalho imaterial e o grau de liberdade que ele implica colocam em crise o modelo soviético (Negri, 2003a).

A característica do pensamento operaísta¹³⁰ determina a categorização do Império como um produto das mudanças das relações de produção e também do trabalho, os valores de fábrica e do trabalho produtivo são assumidos pelos operaístas como condição fundamental que organiza e serve de base para a sustentação do modo de acumulação capitalista. O Estado-nação interpreta os valores do desenvolvimento capitalista – por isso a centralidade da classe operária; pois, é determinante aos partidos e à ideologia vigente. Assim, a formação do Estado-nação está diretamente relacionada à afirmação da classe operária como motor do desenvolvimento capitalista até o início do século XX (Negri, 2003b).

Não é por acaso que o modelo de regulação que se firma é o Keynesiano, isto é, um modelo que procura fixar e manter, de forma contínua, um equilíbrio entre capacidades produtivas e demanda efetiva por parte dos trabalhadores (Negri, 2003b, p.64).

A centralidade dos Estados na manutenção de uma ordem mundial no capitalismo global é a referência que temos para pensar o imperialismo. O pensamento da corrente que defende a formação central dessa ordem imperialista se resume nas palavras de Fiori (p.57/58, 2004): “O que existe são Estados que, em determinados momentos da história assumem posições mais ou menos favoráveis a paz e a convergência das riquezas nacionais. [Deve-se] estar atento para as mudanças de

¹³⁰ O operaísmo possui uma seqüência de trabalhos teóricos intimamente ligados ao neomarxismo italiano da década de 50 a 1970. Não se limita a uma escola de pensamento, uma vez que contou com um importante envolvimento social e político dos operaístas nas décadas de 60 e 70 na Itália. Após mais de 10 anos de contribuições teóricas e de pesquisas diretamente envolvidas com a construção das instâncias organizacionais dos novos sujeitos operários massificados pelo taylorismo, os militantes intelectuais operaístas se dividiram ao final da década de 70 quanto à questão da “nova organização” de classe. Um grupo, o qual fazia parte Mario Tronti, separou a “autonomia de classe” da “autonomia do político”. Na sua visão as dinâmicas da composição de classe não coincidiriam com as do político. O outro grupo, o qual fazia parte Antonio Negri, recusava a volta das problemáticas da representação e apontava as transformações da própria composição de classe, definindo formas de organização de classe não-representativas. O primeiro grupo compôs o Partido Comunista Italiano e construiu o *operaísmo* do sindicato; o segundo definiu ao longo da década de 70 uma experiência político-organizacional denominada por *autonomia operária* (Cocco in Lazzarato & Negri, 2001).

comportamento de um mesmo Estado, dependendo do momento e da posição que estiver ocupando dentro da hierarquia de poder e riquezas internacionais”.

Fiori discorda do pensamento que aponta o desenraizamento do Estado e da formação de uma soberania imperial global e segue: “todas as previsões liberais ou marxistas, do fim dos Estados ou das economias nacionais, ou mesmo da concepção de algum tipo de formação cosmopolita, são utopias, com toda dignidade das utopias que partem de argumentos éticos e expectativas generosas...” (idem). De forma a complementar a análise, o pensamento de Negri reforça que a era da globalização não trouxe o fim do Estado-nação, mas propõe o conceito de Império para redefinir o ordenamento global temporário — uma forma de soberania ilimitada que não conhece fronteiras, ou conhece fronteiras móveis e flexíveis somente.

Entre os pensadores que compactuam com o pensamento de Fiori, a formação de um Império é considerada impossível. Para esses, o fenômeno atual é a projeção imperialista do poder de um estado nacional. Fiori (2004) diz que “Hardt & Negri incorrem no mesmo erro de vários outros marxistas que não conseguem entender que a globalização do capitalismo não foi uma obra do capital em geral; foi obra de Estados e economias nacionais que tentaram impor ao resto dos estados e economias nacionais, a sua moeda, a sua ‘dívida pública’ e o seu sistema de ‘tributação’ como lastro de um sistema monetário internacional transformado no espaço privilegiado de expansão de capitalismo financeiro nacional” (idem, 2004, p.101/102).

Um antigo dilema enfrentado pelos herdeiros do desenvolvimentismo é a hierarquização do sistema político mundial, dada a globalização do sistema/modelo estatal. Nesta análise, existe uma hierarquização dos Estados entre aqueles que foram colônias e aqueles que foram grandes potências, principalmente européias. A determinação acontece à medida que uma potência mundial sempre será um país voltado ao crescimento e à exploração dos países com economias menos expressivas.

Essa expansão direciona a geopolítica e a geoeconomia mundial de todo o sistema, mantendo uma história de dominação (Fiori, 2004).

O Império nos leva a enfatizar que em dados momentos os Estados-nação não deixam de ser poderosos, mas sim que seus poderes e funções estão sendo transformados num novo arcabouço global. Nos debates sobre globalização, a maioria dos autores parte do princípio que se trata de uma alternativa exclusiva: ou o Estado-nação continua a ser importante ou se produziu uma globalização das formas de autoridade. Mas o que o Império demonstra é que ambas as coisas são verdadeiras: os Estados-nação continuam sendo importantes (alguns mais que os outros, naturalmente), mas ainda assim foram radicalmente transformados no contexto global.

Os conceitos de desenvolvimento desnivelado e trocas desiguais, cavalos-de-batalha de economistas terceiro-mundistas na década de 1960, tinham o objetivo de destacar a radical diferença de níveis de exploração entre países do primeiro e do terceiro mundos. Esses conceitos ajudavam a teimosa persistência de divisões e hierarquias globais – por que os países ricos continuavam ricos e os países pobres continuavam pobres. O desenvolvimento desnivelado diz respeito à maneira como os países privilegiados do mundo criam um regime cada vez mais avançado de produtividade e lucro com apoio dos países subordinados e a sua custa. A desigualdade de trocas diz respeito ao fato de que a produção dos países pobres é constantemente depreciada no mercado mundial, de tal maneira que na realidade os países pobres subsidiam os ricos, e não o contrário. Além disso, considerava-se que esses sistemas de desigualdade representavam uma contradição no interior do desenvolvimento capitalista que, sob certas condições políticas, poderia configurar uma ameaça de por abaixo todo o arcabouço do domínio capitalista. A globalização capitalista, no entanto, conseguiu resolver esse problema da pior maneira possível – não tornando igualitárias as relações trabalhistas nos diferentes países através do mundo, e sim generalizando os mecanismos perversos de desequilíbrio e desigualdade (Hardt & Negri, 2005, p.214).

O indicador da mudança qualitativa radical é a constatação em termos de soberania. Para Hardt & Negri (2001), os Estados-nação não podem mais pretender o

papel soberano de autoridade suprema, como na era moderna. Agora o *Império* se põe acima dos Estados-nação como autoridade suprema e, assim, de fato, constitui uma nova forma de soberania. O que se aponta é que esta é uma mudança histórica relevante somente do ponto de vista dos Estados-nação dominantes, pois as nações subordinadas nunca foram realmente soberanas¹³¹. A entrada na modernidade, para muitos Estados-nação foi o começo de relações de subordinação e política que acabava com qualquer soberania que a nação pudesse pretender.

Essa mudança na forma de soberania – da soberania moderna localizada no Estado-nação à atual soberania imperial pós-moderna -, no entanto, tem efeito sobre todos nós. Muito embora a soberania nacional não tenha sido nunca uma realidade, a passagem ao Império transformou nossos modos de pensar e o âmbito de nossas possibilidades políticas. Na ótica do Império, precisamos reconsiderar e repensar todos os conceitos-chave da filosofia e da política (Negri, 2005, p.118).

No Estado moderno o nacionalismo das lutas anticolonialistas e antiimperialistas funciona, efetivamente, em marcha ré, dizem Hardt e Negri (2001). O fato é que os países libertos vêm-se cada vez mais subordinados à ordem econômica internacional. A problemática conceitual situa-se na própria definição de soberania nacional como libertadora - o que é ambíguo e contraditório. Isso porque, enquanto o nacionalismo busca a libertação de uma dominação estrangeira, erguem-se estruturas domésticas de dominação igualmente severas. A soberania dos Estados-nação, como apregoa a ONU, não pode ser vista como uma concertação de países igualmente autônomos. “O Estado-nação pós-colonial funciona como elemento essencial e subordinado do mercado capitalista” (2001, p.150).

¹³¹ “Entre 1945 e 1990, foram criados cerca de 100 novos Estados e, portanto, a maior parte dos Estados que compõem hoje o sistema estatal mundial foi criada depois da II Guerra Mundial e foram quase todas colônias das grandes potências européias” (Fiori, 2004, p.40).

Esse movimento de extinção do colonialismo leva Hardt e Negri (2001) a afirmar que o “Estado é a dádiva envenenada da libertação nacional”. O que torna a explicação necessária para que a subordinação do Estado-nação pós-colonial seja a ordem global do capital. Essa hierarquia que subordina Estados-nação formalmente soberanos no Império, que difere da forma de subordinação do período colonialista e imperialista de dominação internacional.

Saskia Sassen denomina este processo por “desnacionalização”. Ou seja, os Estados continuam a desempenhar um papel crucial na determinação e na manutenção da ordem jurídica e econômica, mas suas ações se orientam cada vez mais para a emergente estrutura do poder global, e não para os interesses nacionais. Nessa perspectiva não existe uma contradição entre Estado-nação e globalização. “Os Estados continuam a desempenhar no interregno muitas de suas funções tradicionais, mas são transformados pelo poder global emergente que tendem cada vez mais a servir” (Hardt & Negri, 2005, p.213).

Isso significa dizer que reconhecemos que as transformações da soberania impostas pela globalização não levaram apenas à diminuição de poder dos Estados-nação, mas a uma forma global de soberania que tornou-se mais complexa. Em um breve quadro comparativo com o keynesianismo, observa-se que o Estado-nação sustentava a estabilidade e o crescimento econômico proporcionando mecanismos para mediar os conflitos com a classe operária e com isso expandiam a demanda social de produção. “As formas de soberania que conhecemos hoje, pelo contrário, encontram-se completamente do lado do capital, sem quaisquer mecanismos de mediação para negociar sua relação conflituosa com o trabalho” (Hardt & Negri, 2005, p.231).

Após o “11 de Setembro” Hardt & Negri (2005) chegam a afirmar que *o Estado forte está de volta*, não o Estado-nação, mas o Estado em seu sentido *lato*; pois a crise vivida serviu para lembrar o quanto o capital precisa de uma autoridade soberana

atrás de si, algo que sempre vem à tona quando sérias rachaduras aparecem na ordem e na hierarquia do mercado. O Estado forte, marcado pelo poder militar, pode ser representado quando eventualmente o capital precisa convocar um exército para forçar a abertura de novos mercados ou estabilizar mercados já existentes. O que traz a antiga evidência de um novo êxito capitalista: uma das principais tarefas do Estado forte é a proteção da propriedade privada. Algo que se explica nas palavras de Fiori:

O que é mais curioso e fascinante no desenvolvimento desta forma de império americano é que ele é um império só de bases militares, não de territórios, e estas bases atualmente cercam a terra de tal maneira que ficou possível o velho sonho secular de uma dominação global (Fiori, 2004, p.42).

Por outro lado, o “11 de Setembro¹³²” também demonstrou que os Estados Unidos também fazem parte do mundo, ou seja, não é uma fonte única e autônoma de soberania estatal. Hoje, este país, representa a integração a um sistema global de relações que definem a forma atual de comando – a soberania imperial. “No mundo atual nenhum Estado-nação, mesmo o mais poderoso, é soberano. Tampouco os supostos inimigos são eles próprios Estados-nação (...) Hoje, a imagem do inimigo soberano entendido como Estado-nação é mera ilusão, talvez embasado em uma nostalgia de um tempo que já passou” (Negri, 2003b, p.78/79).

O imperialismo, no entanto, nada mais representava que parte de uma política em crise do capitalismo fabril, a qual dominar outras “nações” era necessário para que se criasse um público consumidor dos produtos de um capitalismo manufatureiro. O capitalismo fabril produzia suas mercadorias em proporções muito maiores no século XX, de tal forma que não gerou nele mesmo o público que consumisse seus produtos. A massificação do trabalho em fábricas, os altos salários

¹³² Após o “11 de Setembro” o país que é a maior potência mundial declarou guerra a um indivíduo. O exemplo trazido por Negri é interessante para entender essa transição e crise de soberania.

baseados em participações nos lucros e o domínio do Estado sob a organização do movimento sindical gerava então uma política de controle da crise.

INTERVALO

O Estado antes da Democracia:
*do Welfare State periférico às relações de interdependência
global*

O Estado antes da Democracia: do *Welfare* periférico às relações de interdependência global¹³³

No segundo pós-guerra, os efeitos da grande depressão dos anos 30 propagaram-se e são interpretados pelos movimentos acelerados de homogeneização nacional. No Brasil, essa trajetória se inicia no governo Vargas e tem continuidade com os governos militares. A partir de então se abriu o caminho para uma prática de desenvolvimento que chamou o processo de industrialização por “substituição de importações”. A trajetória periférica do fordismo nos países pobres, associado às tentativas dos trabalhos da Cepal em transformar o “desenvolvimento nacional” dos países da América Latina em um “nacional-desenvolvimentismo” da era militar, apresentou-se como ocasião para enfrentar a queda da capacidade de importar (Negri & Cocco, 2005).

Refazendo hoje esta passagem histórica fundamental, não podemos deixar de reconhecer que se tratou de uma reação totalmente interna às elites capitalistas e oligárquicas locais, de um processo que finalmente, aumentou na realidade as características de dependência em relação aos países centrais e que representou um incremento da sujeição das classes subalternas, para não falar do desdém pela democracia que atravessou toda a experiência (idem, 2005, p.30/31).

A radicalização do nacionalismo desenvolvimentista fez então surgir um efeito paradoxal: nos anos 70, ao invés de fazer decolar as economias latino-americanas como economias nacionais, fez explodir a dívida externa, a inflação que assolou toda a década de 80 e a desigualdade social colocando os países em ditames “liberais” da globalização de acordo com as previsões do Consenso de Washington. Os resquícios da “ilusão cepalina” se arrastam até a década de 90. Uma ilusão que se refere ao “milagre”

¹³³ O texto foi produzido a partir da leitura de Antonio Negri e Giuseppe Cocco em 2005: “*Glob(AL): biopoder e luta em uma América Latina globalizada*”.

do crescimento puxado pela industrialização endógena e financiado pelo endividamento através do financiamento de um capital exógeno (Negri & Cocco, 2005, p.32).

A substituição de importação permitiu ao Brasil construir o maior parque industrial da América Latina, mas nunca chegou a constituir um verdadeiro mercado interno. A distribuição de renda definiu-se assim como o verdadeiro enigma do desenvolvimentismo. O longo período de alta inflação foi o maior sintoma desse impasse. A alta inflação anunciou e articulou, por um lado, as condições para a crise da dívida externa e, por outro, o ciclo perverso do narcotráfico e da difusão social da violência como eixo importante da reprodução do domínio (Cocco, 2000, p.70).

Nos estudos de Negri e Cocco (2005) existe uma demonstração que “o desenvolvimento é tão somente crescimento econômico, novo ordenamento para a produção da riqueza das classes dominantes e para a intensificação da exploração” (Negri & Cocco, 2005, p.48). Para os autores, neste sentido, existe uma relação direta entre o desenvolvimentismo e o neoliberalismo. Ambos, independentemente de seus meios, chegaram aos mesmos fins: a exclusão e a reprodução da miséria.

O velho desenvolvimentismo era, na realidade, uma teoria do crescimento econômico, estava prisioneiro em uma gaiola de dimensões economicistas e de medidas quantitativas totalmente insuperáveis, e mesmo quando conseguia ativar forças sociais novas, o fazia para fechá-las no esquema de disciplina industrial. (Negri & Cocco, 2005, p.36).

Sob o ponto de vista do trabalho, por exemplo, para a teoria “cepalina”, isto é, para os teóricos do desenvolvimento, “um dos problemas estruturais do subdesenvolvimento é o *excesso estrutural de mão-de-obra*” (Negri & Cocco, 2005, p.66). Algo que na análise dos autores pode ser considerado como um efeito da incapacidade política de mobilizar o conjunto das forças produtivas nas economias periféricas. Até mesmo o deslocamento do trabalhador do campo, por meio do

fenômeno conhecido como êxodo rural, para os desenvolvimentistas também explicava o excesso da mão-de-obra que “pressionou para baixo” o salário dos trabalhadores. A alternativa encontrada para conter o êxodo rural foi então mandar estes trabalhadores para verdadeiros campos de morte da região amazônica. E como era necessário “nacionalizar” o trabalho, iniciava-se a limitação às imigrações estrangeiras (idem, 2005, p.68).

Quando o Estado desenvolvimentista não conseguiu administrar o crescimento e mostrou-se inadequado às metamorfoses do trabalho fordista, a complexidade das forças produtivas que surgiam e o determinavam acabou por decretar a crise do próprio desenvolvimentismo. Dentro dos limites das formas de “desenvolvimento” vividas pela América Latina e, sobretudo diante da sua crise, o neoliberalismo se constituiu como uma falsa resposta no período de abertura democrática. Surgiu como um mecanismo de universalização dos direitos, quando representava que todos os ideais de cidadania poderiam ser reduzidos ao poder de compra, ao “ser consumidor”. Ambos, tanto o desenvolvimentismo quanto o neoliberalismo reduziram as lutas sociais à passividade.

Ainda hoje, pensa-se o desenvolvimento por toda a economia periférica da América Latina como um desenvolvimento aprisionado na economia industrial fordista e fonte maior do crescimento econômico. Um crescimento aprisionado em velhas idéias economicistas de um capitalismo que não existe mais: fechado num esquema disciplinar industrial (idem, 2005). Por isso é recorrente o discurso da “economia que não cresce”, não porque o poder econômico dos Estados não se amplia, mas porque os índices, escalas e parâmetros devem ser revistos. “Na realidade, a produtividade não cresce porque seu indicador não muda. Ou seja, medida pelos tradicionais padrões de cunho industrial, a produtividade fica estagnada (...) a definição é sempre a mesma, isto é *a quantidade de produto por hora de trabalho*” (Cocco, 2000, p.35).

O modelo nacional-desenvolvimentista dos países do Sul, através do discurso feito pelos “cepalinos”, defendia que a cultura e os valores na “nação” fraca¹³⁴ diante das “nações” fortes e do capital apátrida e cosmopolita seriam capazes de gerar desenvolvimento¹³⁵ – algo que Negri & Cocco (2005) apontam como uma “retomada das formas oitocentistas do mais puro nacionalismo europeu” (idem, 2005, p.45/46).

Na América Latina, nunca o desenvolvimento se fez acompanhar pela criação de democracia e justiça social e, mesmo assim, o subdesenvolvimento é atribuído à falta de ambos, como parte de um Estado-nação que não foi construído totalmente, “bloqueado” em seu processo de criação. Em boa parte isso se explica porque os sujeitos políticos, ligado às lutas sociais, não estiveram dentro das políticas de desenvolvimento da região. No Brasil, por exemplo, a participação popular no Estado aos movimentos e dos partidos populares, após o período de democratização do país.

A construção do Estado nos países ditos periféricos teve sua formação em um modelo híbrido entre a autoridade política e/ou soberania colonial, baseado em um poder patriarcal escravagista e formas desenvolvimentistas de um poder tecnocrático-corporativo. É interessante observar como esse modelo se autodenominava “moderno” e “nacional”. No Brasil, esse hibridismo originou um poder oligárquico composto por uma elite fundiária e tecnocrata e, por outro lado, estratificações sócio-econômicas neo-

¹³⁴ Para reforçar alguns conceitos acrescentamos as definições feitas por Negri & Cocco (2005): “quando dizemos *Estado*, nos referimos àquela forma de soberania constituída na modernidade europeia a partir do século XVII, sobre a qual refletimos ainda hoje para estabelecer sua força ou debilidade, sempre relativas à evolução de sua estrutura autoritária, que vai do domínio ao controle, do imperialismo à inserção na ordem imperial. Quando dizemos *forma-Estado*, estamos nos referindo à forma com que o capital dominou as relações, sofrendo no interior dessa relação, as resistências e as pressões que as classes subalternas determinavam.[...] Quando falamos de *Estado nacional* estamos nos referindo a forma típica a qual a modernidade europeia e norte-americana (além da exceção japonesa) desenvolveu o domínio capitalista sobre as relações sociais dentro de um determinado território. À tudo isso contrapõe-se as formas de *Estado fraco*, ou seja, as formas-Estado que nunca conheceram a autonomia, a não ser subordinada às relações imperialistas, ou interimperialistas: trata-se de formas-Estado cuja consistência jamais atingiu a autonomia e, que, ao contrário, se desenvolveu sobre estruturas evolutivas de biopoder, mas sempre na tradição colonial e/ou racista. O *Estado desenvolvimentista* é uma subcategoria do Estado fraco” (2005, p.115/116).

¹³⁵ “Na realidade, o Estado-nação “fraco” não foi de modo algum um motor de desenvolvimento social (eventualmente de crescimento econômico...), mas antes o principal obstáculo ao desenvolvimento” (Negri & Cocco, 2005, p.105).

escravagistas. Desta forma, o racismo e as migrações internas atuaram densamente na formação das dinâmicas sociais, econômicas e políticas da periferia (idem, 2005).

É inútil buscar o Estado moderno na América Latina, pois o Estado “fraco” nunca se transformou em uma realidade efetiva, sempre foi um instrumento para as elites utilizarem como forma de exploração, através de práticas de racismo e exclusão social (idem, 2005). Os países “em desenvolvimento” jamais conheceram plenamente um Estado de proteção social. O fato da América Latina ter sua história atrelada ao desconhecimento do Estado moderno fez com que o protótipo europeu de modernidade estivesse distante de sua realidade. No desenvolvimentismo experimentado pelas economias do Sul, “o desenvolvimento não é duradouro, pois falta conflito de classe e, conseqüentemente, de democracia (e não o inverso)” (Negri & Cocco, 2005, p.117). Por exemplo:

(...) a super e a hiperinflação são produtos de uma distribuição da riqueza que não acontece: a distribuição é esvaziada em sua dinâmica interna pela inflação e agravada pelos poucos elementos de apropriação social da riqueza, que são de tipo corporativo (idem, 2005, 117).

Outro exemplo que deve ser lembrado é a forma de instalação do modelo de *Welfare State* nos países do Sul – algo que veio de cima sob a forma de “integração social” baseado em uma soberania sempre aparente do Estado-nação desenvolvimentista em termos repressivos e excludentes de qualquer manifestação que venha dos movimentos sociais (idem, 2005). Estes movimentos mostraram-se como resposta ao excessivo poder alcançado pela luta dos trabalhadores no período de recessão da ditadura militar. A pressão sofrida para obter aumento de salários e aumento dos gastos sociais no capitalismo do terceiro mundo, fez com que o Estado forte (o Estado autoritário) retomasse seus mecanismos de soberania e tornasse aguda as desigualdades

sociais; abaixando os gastos com seu “Estado de bem estar”, reduzindo os impostos sobre rendimentos altos e caindo em enormes taxas de desemprego na economia formal.

O período de transição democrática, que se segue nos anos 80, é fortemente hipotecado por esta herança: estes serão os anos das dinâmicas loucas da super e da hiper inflação e, portanto, da crise definitiva do desenvolvimentismo. Nos anos 90, tem lugar a transição de uma ditadura para outra: de uma ditadura oligárquica, tecnocrática e corporativa à ditadura do mercado, com a supervalorização do câmbio e a inserção brutal da América Latina nos fluxos da globalização segundo as receitas do Consenso de Washington (Negri & Cocco, 2005, p.33).

No contexto atual, os Estados se adaptam ou mesmo se antecipam às necessidades do capital, por medo de se verem subordinados ao sistema econômico global. Essa competição entre os Estados-nação, gera uma concorrência para ver quem entra em colapso primeiro, visto que os interesses do trabalho e da sociedade como um todo ficam atrás dos interesses do capital.

Ao longo dos anos 80 (primeira onda da ofensiva neoliberal nos países centrais) e dos anos 90 (período neoliberal no Brasil) a oposição de esquerda (incluindo as organizações sindicais) se juntava paradoxalmente e mecanicamente, às tradicionais defesas do Estado para, no fundo, defender o futuro do trabalho em função de uma impossível sobrevivência do emprego industrial e da relação salarial. No entanto, o pragmatismo neoliberal conquistava uma vantagem considerável apreendendo, em primeiro lugar, que a crise do emprego apenas constituía o fenômeno mais superficial da crise irreversível da própria relação salarial e, em segundo lugar, que esta determinava a crise do Estado e não vice-versa (Cocco, 2002, p.37).

Os programas de privatização¹³⁶ das empresas nacionais foram uma realidade em toda a América Latina, bem como o crescimento de relações parasitárias do capitalismo financeiro foi também uma parte do cenário mundial. A hegemonia neoliberal se expressava também entre os partidos políticos, com difícil rotulação entre um partido de esquerda, centro ou direita – todos com atuações muito semelhantes do ponto de vista das ações nos governos.

Na América Latina, por exemplo, a redistribuição de bens públicos aconteceu em prol dos mais ricos; mas mesmo assim ainda foi chamada de “neoliberalismo progressista”, no qual as contradições se expressaram através da ditadura chilena (que fez o país crescer) ou mesmo situações como a Bolívia (onde os índices inflacionários abaixaram). Entretanto, o idêntico resultado aconteceu na difusão das desigualdades sociais e na despotencialização política, criando a idéia que “não há saídas” no capitalismo. Foi a vitória ideológica do neoliberalismo durante a década de 80. “Na teoria liberal e na prática neoliberal, gostaríamos de reafirmar, busca-se, através da imagem de um sujeito fraco como personagem social genérico, o distanciamento ou a dispersão em vez de envolvimento e mediação do conflito social” (Negri & Hardt, 2004, p.85).

No liberalismo atual o poder do Estado não se confronta com os sujeitos sociais, ou seja, não assume o papel de enfrentar, mediar ou organizar as forças em conflito dentro do regime da ordem estatal. O Estado, agora enxuto, evita esse ônus. A vocação em evitar as contradições explica a política “liberal”: a concepção enxuta de Estado se transforma em uma concepção enxuta de política. “A política, em outras palavras, não pressupõe a mediação dos conflitos sociais e das diferenças, mas consiste simplesmente em evitá-los” (idem, 2004, p.78).

¹³⁶ “O espaço público tem sido a tal ponto privatizado que já não faz mais sentido entender a organização social em termos de uma dialética entre os espaços públicos e privados, entre o dentro e o fora” (Negri & Hardt, 2001, p.208).

O quebra-cabeça montado na América Latina iniciava a demonstração de suas pistas com a globalização das oligarquias, do capital, da classe operária fordista e das novas formas difusas de marginalidade social. O Estado neoliberal teve a missão, como todas as formas de Estado capitalista contemporâneo, de regular o desenvolvimento do capitalismo de acordo com os interesses do capital global (Negri & Cocco, 2005). “Neoliberalismo é em geral o nome dado a esta forma de política de Estado (...) que mais facilita os movimentos globais e o lucro do capital” (Hardt & Negri, 2005, p.353/354).

Se o projeto neoliberal está em crise, as políticas neoliberais permanecem e atravessam o tempo dos ciclos políticos e espaços das diferentes coligações governamentais e/ou das diferentes trajetórias nacionais [...] Nossa hipótese é que por trás da velha retórica liberal (...) o 'neo' liberalismo tem objetivos e urgências de tipo novo, profundamente fincadas na materialidade do novo regime de acumulação. Em particular, o neoliberalismo constitui-se numa resposta pertinente à crise do Estado (Cocco *in* Pacheco & Vaz, 2002, p.36).

A abertura aos fluxos da globalização nos comprovava que a “*dependência*” que sempre estivemos submetidos tinha se transfigurado e se ampliado entre os próprios países da periferia, transformando-se numa “*interdependência*”. O produto das lutas sociais de resistência foi a criação de alternativas que gerassem relações de dependência – não somente do “centro para a periferia”, mas também entre a “periferia e a periferia”. Este era o diferencial do capitalismo global: suas contradições. Ao mesmo tempo em que agudiza os problemas sociais, a articulação de interdependência entre o Sul-Sul aponta para “uma brecha potencial no âmbito das relações de força 'Norte-Sul' tradicionais” (Negri & Cocco, 2005, p.34). Muitos apregoam que a crise vivenciada na América Latina representa o avanço das políticas neoliberais e a redução da intervenção econômica e social do Estado-nação. Seria o processo de globalização corroendo a soberania. Algo que podemos apontar como um equívoco analítico:

(...) é a transformação da dependência em interdependência que coloca em evidência a nova situação, que mostra – eventualmente – suas possibilidades de deslocamento e que identifica (de forma não secundária) a nova figura dos conflitos com a nova qualidade dos temas. O mercado mundial não tem mais um lado de fora e os conflitos o atravessam em todos os seus níveis: entre o centro e a periferia, é certo, mas também no centro e na periferia (idem, 2005, p.34).

Com uma ação política de antagonismo com o Império¹³⁷, só é possível discutir a “dependência” dos pobres e sonhar com a “independência”, afirmando uma política interna de “interdependência” global. A miopia dos teóricos do desenvolvimentismo apontava a dependência periférica como uma inquestionável sujeição ao poder de penetração imperialista. Mas, ao contrário, no cenário atual da sociedade pós-industrial, percebemos que somente quando nos abrimos para o centro e ativamos as relações internacionais como relações interdependentes que o desenvolvimento pode ser imaginado, construído e administrado (idem, 2005).

Desta forma, Negri & Cocco (2005, p.50) afirmam que “o desenvolvimentismo faliu três vezes na América Latina: não conseguiu administrar o crescimento; foi incapaz de relacionar-se com os movimentos sociais de emancipação, e atualmente considera o mundo global como inimigo”. Os interesses interclassistas fomentaram como único sujeito o Estado e não os movimentos que se desenvolveram de forma autônoma, não viram a recomposição política da classe operária e não valorizou as subjetividades produzidas em busca de liberdade, mas reforçou o Estado forte

¹³⁷ Do ponto de vista do Império, Hardt e Negri deixam uma questão para ainda ser pensada: “Na era da globalização, torna-se cada vez mais claro que passou o momento histórico do liberalismo. O léxico político do liberalismo moderno é um cadáver frio e sem sangue” (2005, p.345). Em tempos de Império, o liberalismo não foi capaz de representar as minorias (as mulheres, os pobres, as minorias raciais...), nem sequer representar adequadamente as elites no capitalismo global. Isto é, à medida que os mercados vão se tornando cada vez mais globais e as políticas neoliberais determinam o recuo da regulação política, o poder dos mercados e das finanças tornam-se ainda mais fortes (idem, 2005).

disciplinador através do poder de controle¹³⁸. O horizonte do desenvolvimentismo foi unicamente o poder das relações de capital (idem, 2005).

(...) desenvolvimento hoje só pode significar uma relação direta entre potencialização das condições sociais da produção (educação universal, pesquisa, livre circulação da força de trabalho, emancipação das mulheres, liberação da expressão cultural e política indígena, desarticulação das barreiras raciais etc.), mobilização democrática dos trabalhadores a partir das bases e abertura para dimensões sempre mais amplas de cooperação interdependente (idem, 2005, p.36).

Uma estratégia a esta condição seria afirmar o que Negri & Cocco (2005) denominam em sua obra por um “novo pacto”, algo que se definiria como a organização dos movimentos para mobilizar a produção: o direito público da produção intelectual, as várias formas de auto produção, a garantia à renda e à educação, as ações afirmativas contra o racismo, o sexismo; a liberdade de migrar. Enfim, *um federalismo das instâncias sociais, para além do Estado*.

¹³⁸ Muito mais do que empresas de transportes, ferrovias ou companhias elétricas foram privatizadas. As esferas mais comuns da vida também foram: a água, a terra, as rodovias e ferrovias, o mar e até produtos naturais através do regime de propriedade (“patentes”) sobre as descobertas da natureza, como por exemplo a mudança genética de sementes (Hardt & Negri, 2005).

CAPÍTULO IV

SAÚDE COLETIVA: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO?

4.1 - Matizes teóricas da Saúde Coletiva: a medicina social

Dos estudos de Foucault¹³⁹ nasceu o argumento que a *Medicina Social* era a medicina da modernidade. No final do século XVIII a medicina incorporou a prática social ao aprisionar as dinâmicas sobre o corpo como uma realidade biopolítica. Ao socializar as tecnologias sobre o corpo, a medicina tornou-se social, coletiva e não individualista. Exatamente o contrário do que se afirma na maior parte das correntes de pensamento: a medicina não se tornou individualista e privada na modernidade, mas se socializou como estratégia biopolítica. No discurso foucaultiano (2000, p.80), a medicina tornou-se social em três momentos que pretendemos apresentar: *a)* a medicina de Estado, *b)* a medicina urbana e, por último, *c)* a medicina da força de trabalho.

A medicina de Estado se desenvolveu sobretudo na Alemanha no começo do século XVIII, local onde se deu a formação da primeira “ciência de Estado”, o que significou uma apropriação inicial da medicina sobre os aparelhos políticos. Na Alemanha, a formação de um Estado unitário foi considerado tardio, visto que se desenvolveu somente no início do século XIX. Antes disso, a Alemanha era uma justaposição de quase-estados, pequenas unidades, pseudo-estados (Foucault, 2000, p.81). Essa reunião justaposta de pequenos territórios organizados como Estado deu início ao desenvolvimento de conhecimentos sobre o funcionamento de *uma política de Estado*. Era o unitário que estava em questão. Vários métodos e várias tecnologias foram criados para dotar o território alemão de um único exército, uma única polícia, uma única economia para operar como todos os grandes Estados da época, como a França ou a Inglaterra.

¹³⁹ Foucault, M. *Microfísica do Poder*. 15ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.

A saúde era uma das ramificações necessárias para o controle das populações. A formação do Estado alemão, dominado pelo contexto do mercantilismo necessitava do controle de seus fluxos monetários e também dos fluxos de suas mercadorias atrelados às principais atividades produtivas da população (Foucault, 2000, 82). A saúde, desta forma, cumpria o papel subsidiador à formação de uma consciência unitária, promovendo o facilitando o estabelecimento de fluxos comerciais através do cálculo da força ativa de suas populações, produzindo estatísticas para o controle desde o nascimento até a mortalidade. Pode-se dizer que o nascimento da epidemiologia como ciência, nesta época, promoveu efetivamente uma melhoria na saúde da população alemã, por meio da identificação das doenças. Porém, pela primeira vez ouvia-se falar sobre a noção de política médica de Estado, baseada em atividades tradicionais de polícia adaptadas para: observação dos perfis de nascimento e morte das populações, a administração das atividades médicas e a criação de um quadro de funcionários de Estado (normalização das práticas médicas). Em uma das mais caricatas construções hobesianas, o Estado tornou-se o responsável pela administração social da saúde, e o corpo dos indivíduos constituía-se como o próprio corpo do Estado.

O segundo direcionamento da medicina social foi o reconhecimento da força urbana. A *medicina urbana* surgiu na França ao final do século XVIII, quando a cidade se tornou um importante lugar de mercado, de produção e de comércio. O tecido social urbano já delineava um distanciamento territorial entre ricos e pobres no espaço das cidades. As revoltas urbanas tinham um cenário composto por camponeses revoltosos com sua situação de miséria e a obrigatoriedade para o pagamento de altos impostos marcava o momento das grandes revoltas urbanas. A plebe já mostrava indícios de formação de uma classe proletária. Era preciso “esquadrinhar o espaço urbano” para deter a capacidade de organização dessa população (Foucault, 2000, p.86).

Surge o medo do espaço urbano, das casas amontoadas, das epidemias vindas dos esgotos adquiridas nas cidades, dos imigrantes que chegavam para trabalhar no comércio. A política da medicina urbana era o embrião do distrito sanitário, onde os inspetores deviam percorrer as ruas em busca dos que saíam de casa adoecidos, ou entravam nas residências com o poder de intervir sobre algum familiar doente. A vigilância foi então criada para percorrer as ruas dos bairros e encontrar a doença que vinha das cidades. Para cada visita domiciliar era necessário um relatório que informasse tudo o que tinha sido observado. Depois disso, os registros eram unificados em uma estrutura central de Estado, buscando uma interminável investigação sobre as populações. Os espaços de isolamento surgem neste momento também como parte da gestão das cidades: o leprosário, o manicômio... medicar era mandar para longe, fora daquele território urbano.

O fim da marcante influência religiosa na cura de doenças distinguiu a purificação das cidades. Não mais os espaços coletivos, mas o isolamento, o exílio, o internamento. Isso determinou a chegada do modelo militarizado de saúde: o controle da circulação e o ordenamento dos espaços por meio das segregações de um espaço esquadrinhado (Foucault, 2000, 92). Tudo no meio urbano poderia provocar a doença, pois é no urbano que se movimentam e circulam as populações. Daí a necessidade de abertura das cidades através das ruas largas, das grandes praças para o ar livrar-se dos miasmas. Na política de saúde previa-se a necessidade de saneamento a partir de uma regulação hidráulica. Paris foi uma das cidades que primeiro teve um plano hidrográfico como política de saúde em 1742 (Foucault, 2000).

Outro, e último, aspecto levantado por Foucault foi a intervenção sobre o trabalho. A medicina dos pobres ou a *medicina da força de trabalho* surgiu na Inglaterra também no século XVIII. Nas cidades, os pobres realizavam incumbências: pequenos serviços de entrega, vendas, tarefas esporádicas, sazonais, instrumentalizavam a vida

urbana (2000, p.94). Por fazerem parte da paisagem das metrópoles não podiam ser vistos como perigosos. Entretanto, a classe pobre descobriu-se com poder para revoltar-se politicamente em movimentos populares contra o sistema que retirava dos mais pobres a possibilidade de viver através de altíssimas taxas de impostos. A divisão do espaço urbano passou a ser considerada necessária pela classe mais rica, pois a mesclagem das populações nas cidades representava um perigo sanitário – fato que originou as primeiras segmentações de bairros ricos e bairros pobres.

Assegurar a saúde das classes pobres representava resguardar a classe rica; para isso surgiram os primeiros serviços gratuitos de saúde, os quais poderiam ser utilizados somente pelos pobres sem proporcioná-los nenhuma despesa. Esses serviços pressupunham: controle de vacinação, registro de epidemias e doenças através do mapeamento de lugares insalubres considerados “foco de doenças”. O controle das classes através das medidas sanitárias evidenciava uma medicina para os pobres, a serviço de uma elite como acontecia na Inglaterra.

O pensamento de Foucault, estudado sob diversas formas pela Saúde Pública, nos traz alguns aportes conceituais para iniciar um debate: em todos os contextos históricos analisados pelo autor, algumas pistas ganham mais densidade que outras. Uma delas é a ação do Estado. Para Foucault, o Estado sempre se manifesta de forma a silenciar os movimentos, dando-lhes respostas que transformam os conflitos em algo “pacificado” e, ao mesmo tempo, capturado.

Primeiro. Sob a ótica das lutas sociais, Foucault desenvolveu uma de suas mais importantes análises: “O Estado moderno nasceu onde não havia potência política nem desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas” (2000, p.82). Ou seja, ao lançar mão do modelo de formação do Estado alemão, Foucault demonstra que somente a condição de um “vazio de potência” permitiu a concepção do Estado através da justaposição de pequenos territórios em prol de objetivos econômicos.

Esse território considerado “impotente” economicamente demandou a unificação estatal através da criação de aparelhos como o exército ou a polícia para ter poder de competição entre os mercados.

A criação do poder de polícia se deu justamente porque a burguesia nascente “ofereceu seus homens, seus recursos, sua capacidade, etc... à organização do Estado” (Foucault, 2000, p.82). Isto é, a formação do Estado alemão é considerada por Foucault uma criação elitista e o Estado criado precisava dar respostas à esta classe que o constituiu¹⁴⁰.

Segundo. Também sob a ótica das lutas sociais, Foucault recupera a história da formação produtiva dos territórios franceses. Algumas cidades já viviam o surgimento da indústria como motor do desenvolvimento de seus territórios. A chegada da indústria colocava em conflito antigas corporações de ofício e o proletariado nascente. Foucault narra diversos conflitos entre ricos e pobres, proletários e artesãos, plebe e burguês, camponeses paupérrimos no espaço urbano. “Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana” (Idem, 2000, 86). A normatização da profissão médica dentro de um aparelho de Estado representava a possibilidade de conter conflitos, silenciar demandas que chegavam ao âmbito do Estado. Além disso, proporcionava um crescimento econômico baseado na perspectiva do “território limpo”: limpo de conflitos sociais e doenças contagiosas através do isolamento. Ou seja, o Estado fazia a função de excluir suas populações através de um modelo de segregação sócio-espacial.

A possibilidade de deslocamento dos indivíduos entre cidades, bairros ou ruas deveria ser controlada através do primeiro aparelho de “vigilância” criado por meio

¹⁴⁰ A Europa vivenciou momentos como a histórica Comuna de Paris e também a Revolução Russa, que influenciaram diretamente na concepção sobre a “medicina social” na Alemanha. O conceito ganhou dimensões mais evolutivas a ponto de tornar-se amplamente politizado na metade do século XIX. “Vários dos seus defensores lutaram pessoalmente nas barricadas de 1848 pela liberdade e pelo socialismo, como Newman e Virchow, tendo as associações camponesas lutado por assistência médica e fornecimento gratuito de medicamentos” (Arouca, 2003, p. 111).

da regulamentação do médico como polícia com autoridade para entrar nas casas e coibir pessoas doentes nas ruas. “A medicina urbana tem um novo objeto: o controle da circulação” (Foucault, 2000, p.90). O deslocamento, sob o ponto de vista das ações estatais, representava um perigo para os territórios. A circulação deveria ser contida: tanto de pessoas, como de alguns elementos (ar e água). O contágio começa a ser percebido não somente pelo contato biológico, mas por relações sociais. São das afetações produzidas pelas relações sociais que Foucault fala quando aponta a vigilância sobre o deslocamento.

Os espaços comuns precisavam ser controlados, pois as ruas eram o lugar da circulação. O mesmo não aconteceu com as propriedades privadas. A burguesia queria o controle do espaço das cidades, desde que não comprometesse suas propriedades. É a defesa da propriedade privada burguesa que entrava em debate. “Daí, portanto, o caráter sagrado da propriedade privada e a inércia de todas as políticas médicas urbanas com relação à propriedade privada” (Foucault, 2000, p.92). Mesmo que se justificasse uma intervenção sobre os indivíduos nas ruas, dentro de locais privados isso não seria possível. O Estado era representado pela *medicina urbana* à serviço de uma classe.

O movimento feito pelo autor, da Alemanha para a França, da *medicina de Estado* para a *medicina das cidades*, apontava para um novo perfil produtivo dos territórios; não mais centrado somente no poder unitário dos Estados, mas ramificado e difuso em muitos territórios com um aspecto industrial nascente. Não era intenção de Foucault descrever a história das lutas sociais na Europa do século XVIII e XIX, mas ao mesmo tempo, torna-se necessário para o autor apontar que o surgimento do capitalismo europeu aconteceu devido a uma forte intervenção de Estado que reprimisse os conflitos sociais. O perfil econômico-produtivo se transformava na Europa e, junto com ele, os dispositivos de controle deveriam acompanhar esse deslocamento da geração de riqueza e, conseqüentemente, de uma nova classe trabalhadora que emergia. O controle das

idades representava as microconflitualidades que surgiam, onde o macro poder do Estado deveria ser tão difuso quanto as dinâmicas produtivas que se irradiavam.

Terceiro. O movimento feito por Foucault chega, por último, à Inglaterra. Lá, diz o autor, “os pobres foram o último objeto da medicalização” (2000, p. 93). Talvez possamos inferir que a percepção de Foucault sobre as lutas sociais apontam para o indivíduo como potência criadora em seu percurso metodológico. Ao chegar a classificar a medicina da força de trabalho como a “medicina dos pobres” Foucault traz a noção de potência no indivíduo – um indivíduo que coloca no trabalho sua potência de vida. “A população pobre tornou-se força política capaz de se revoltar ou pelo menos, de participar de revoltas” (2000, p.94). O modelo de assistência apresentado por Foucault era a forma exata do modelo de Estado de proteção social nascente na Inglaterra: “um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das populações pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas” (idem, 2000, p.95).

O que apregoavam as medidas de proteção social do Estado inglês se não o silenciamento dos conflitos da classe trabalhadora ao mesmo tempo em que os faziam retornar à produção mesmo estando doentes? O que seriam as medidas de assistência se não uma forma de reprodução, (e não produção), do trabalho? A atuação do Estado para a *medicina da força de trabalho* descrita por Foucault era também a reprodução de corpos produtivos e saudáveis. Isto é, Foucault chega por último à medicina dos corpos justamente porque neles estão a representação de potência. E sob os corpos está a representação que o poder deveria gerir a vida, uma biopolítica.

Na Inglaterra do século XIX descrita por Foucault já existia um sistema de saúde estatal organizado e a Lei dos Pobres é a unidade de análise escolhida metodologicamente pelo autor para uma generalização. A partir dela Foucault afirma que não mais existiam serviços autoritários de controle médico, mas sim um controle

médico-estatal da população (Foucault, 2000, p.96). Quando se institucionalizou uma política de saúde não mais o médico se destinava ao pobre enquanto tal, e sim o poder de Estado (transcendente), através das instituições e dos serviços (*health service*). “É esta razão pela qual o controle médico inglês, garantido [pelo Estado] suscitou, desde sua criação, uma série de reações violentas da população, de resistência popular, de pequenas insurreições anti-médicas¹⁴¹ na Inglaterra da segunda metade do século XIX” (Foucault, 2000, p.96). Ou seja, as reações da população contra as medidas tomadas pela política de saúde não eram pelo seu desconhecimento sobre a medicina científica trazida pela Saúde, nem mesmo pela aversão ao trabalho dos médicos que a representavam, mas sim uma resistência ao excessivo poder que o Estado lançava sobre elas através da Saúde. Esse movimento entre o poder e as lutas só se tornou claro quando a medicina, através do Estado, adentra o corpo social; pobre e esvaziado de poder econômico, mas repleto de poder político para rebelar-se.

O adestramento do corpo social, diferentemente da medicina de Estado alemã ou da medicina urbana francesa, é baseado numa medicina que direciona suas ações essencialmente para “o controle da saúde das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (idem, 2000, p.97). O Plano Beveridge, citado por Foucault, foi a concretização assistencial da saúde articulada entre os três modelos. As políticas de assistência, desde então, passaram a reproduzir corpos aptos ao trabalho, fazendo crescer um setor produtivo necessário ao capitalismo iniciado no século XX.

¹⁴¹ Algo que nos faz lembrar o clássico e pitoresco exemplo da “Revolta da Vacina”, em 1904, no Rio de Janeiro. A população passou por uma série de “ordens de despejo” em suas casas, caracterizadas na época como “cortiços”, pois o governo brasileiro tinha como meta “sanear” a cidade contra “a peste” criando ruas largas, praças, avenidas e até prédios. As casas que não correspondiam a um padrão “saudável” eram demolidas. A população miserável, primeira a ser despejada, chamou o movimento por “bota-abaixo”. Iniciou-se uma coleta emergencial de lixos pelas cidades, aplicação de raticidas e substâncias contra os mosquitos transmissores da febre amarela. O processo de reurbanização da república tinha como uma última meta de seus planos a vacinação da população, que resistiu drasticamente contra a campanha liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2007). A resistência não era contra o médico sanitarista, nem mesmo era a representação de um desconhecimento ao saber científico; mas sim uma resistência ao autoritarismo de Estado expresso através do poder médico de polícia.

A medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la (Foucault, 2000, p.97).

A partir de então, este arquétipo somente complexificou-se em diversas partes do mundo. O modelo de proteção social aprofundado pela Inglaterra se difundiu entre vários países, incluindo os países pobres. Se substituíssemos a terminologia “medicina” utilizada por Foucault, por “profissionais da saúde”, “equipe” ou “trabalhadores da saúde” poderíamos talvez iniciar uma nova análise seguindo os passos do autor. À medida que o trabalho tornou-se difuso, ramificado e invadiu todo o tempo da vida, cada vez mais a Saúde tem se tornado uma intervenção sobre esta vida posta a trabalhar; modos, estilos¹⁴², “qualidade de vida”. Uma intervenção sobre as potências criadoras.

¹⁴² O que dizer sobre os sistemas criados para mensurar a “qualidade de vida” individual? Dos ditames sobre “estilos de vida saudáveis”? Dos estudos que apregoam um novo “sujeito cerebral”?

4.2 - A proteção social à saúde no Brasil: a Saúde Pública

“Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil” é, sem dúvidas, o estudo que traz uma das melhores reconstruções históricas da saúde pública brasileira. Neste livro, produzido por Roberto Machado, entre outros autores, observa-se uma virada histórica para o Brasil República que apontou para a descoberta da saúde como “novo objeto” da medicina e não somente a cura de doenças. Este trabalho foi um dos primeiros a mostrar o poder médico-disciplinar e como isso recaía sobre a realidade da vida social urbana da época. A defesa da saúde compunha o cenário necessário para dinamizar a produção territorial, a defesa da terra e a saúde da população através das noções de higiene.

As medidas de higiene, primeiras entre as ações políticas de Estado, atravessaram um longo período histórico no país, iniciando-se no Brasil colônia e chegando à república. Arouca (2003, p.111) nos diz, que no seu sentido mais geral e etimológico, a higiene é a arte de conservar a vida. “Por isso, se caracterizava no século XIX, por uma ligação com as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde”. A ordem moral era alcançada através de suas condutas. As medidas higienistas eram acompanhadas de juízos de valor sobre o caráter dos homens e suas atitudes no convívio em sociedade.

A higiene possui normas, recomendações, medidas que, se aplicadas, fariam com que o indivíduo mantivesse seu estado de saúde até a morte natural. A higiene não é uma ciência, mas a aplicação de todo um conjunto das ciências na manutenção do bem-estar, mito de uma unidade de conhecimentos em prol do bem viver, espaço que se superpõe e acompanha a vida, difusa no próprio espaço dos homens (Arouca, 2003, p.114).

O perfil dos conflitos populacionais no Brasil, descrito por Machado (1978), é tipificado no termo “desordem urbana”. O caos na distribuição das habitações pelos principais territórios urbanos, o amontoamento de lixo pelas cidades, as doenças que acreditavam vir das águas (transmissão) e do ar (contágio miasmático), as populações “de risco” que habitavam próximas a pântanos e rios, além da ausência de cemitérios demonstrada pela enorme concentração que já acontecia nos cemitérios das igrejas. A medicalização urbana começaria pelo território e também pelas principais instituições: quartéis, escolas, hospitais, igrejas.

O “adestramento” à população urbana, relatado por Machado, representava uma resposta a um segmento populacional especificamente: os pobres. A descoberta do poder dos pobres e miseráveis em revoltar-se foi algo que demarcou as primeiras noções de uma política de Estado no Brasil. Os territórios mais desenvolvidos como Rio de Janeiro, São Paulo e Recife, por serem estratégicos do ponto de vista econômico e militar, conviviam com várias faces da miserabilidade das populações. Nestes lugares aconteceram as primeiras formações de grupos de moradores de rua, famílias que se aglomeravam em grandes quantidades habitando em pequenas casas e, com isso, a noção da doença que circulava pelas avenidas; desde o “louco” que vagava pelos centros urbanos aos “tuberculosos” que disseminavam a doença pelo contato. As políticas de saúde pública propunham a ordem urbana, uma ordem moral que buscava silenciar os pequenos grupos sociais para manter o poder estatal que a república necessitava.

Machado (1978) relata que foi no século XIX que o Brasil vivenciou a formação de suas primeiras escolas de medicina, ou seja, as primeiras ações reguladoras do Estado para a formação de um quadro de profissionais. A Bahia (1808) e o Rio de Janeiro (Hospital Militar – 1809) foram os primeiros estados a instituir a formação médica no país, de uma maneira não muito diferenciada das outras experiências

mundiais, a começar pela defesa das ciências médicas baseadas na clínica e também pelo pioneirismo da militarização na formação de algumas graduações.

Um outro olhar é defendido por Jurandir Freire Costa que mostrou como a moralização através do poder estatal era alcançada. “*Ordem Médica e Norma Familiar*” é uma literatura clássica sobre a história da Saúde Pública brasileira. Nela, Costa (1999) afirma que desde o Brasil colônia existiam intenções de Estado em medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas. No Brasil, não foi através dos pobres que as primeiras demandas por “higiene urbana” surgiam, diz Costa (1999), mas sim pela pequena aristocracia (burguesia rural) que demandava uma necessidade de mudança. Ao associar a medicina à técnicas semelhantes às da militarização, suscitou-se o interesse do indivíduo por sua própria saúde. Ou seja, como afirmavam as teses de Foucault, foi a individualização da medicina que a tornou social¹⁴³. Quando a assistência passou das mãos da igreja para os médicos do Estado, a população se inseria em uma política estatal que previa a atuação médica desde a regulamentação das ruas até as instituições.

Para Jurandir Freire Costa (1999) isso aconteceu de forma processual por meio da atenção normatizadora às famílias através de um forte controle das ações que, assim se dividiam: **a)** a proliferação de diversos interesses contraditórios entre os membros de uma mesma família, “através da formação de uma rede complexa de adultos e crianças, homens e mulheres, pais e filhos, adolescentes...” (Costa, 1999, p.31) em um bloco único e compacto; **b)** ao invés do policiamento, tão comum no período colonial, mostrava-se, ao contrário, os ganhos que podiam ser extraídos das práticas de

¹⁴³ Os estudos de Foucault em *Microfísica do Poder* (2000) mostram que através das coletividades, das relações sociais que a medicina científica se socializou porque a ciência, o saber científico, se socializou. O Estado teve papel determinante nessa disseminação a medida que capturou o saber comum, vindo do conhecimento adquirido pela observação e o somou ao discurso científico bélico sistematizado através de uma racionalidade. A centralização por meio da captura desse saber difundiu um conhecimento – fato que demarcou um modelo de saúde na modernidade (o nascimento da medicina social). A medicina se tornou social através de um olhar mais atento ao indivíduo.

sujeição ao Estado; *c*) não mais era cultivado o medo da morte como faziam os religiosos, mas o fundamental era que a política de saúde disseminasse o gosto pela vida através da persistência da prole, o prolongamento da saúde, a felicidade do corpo; e, por último, *d*) não tornou a família uma inimiga, mas sim uma rede composta por diferentes aliados e, também, por pessoas vulneráveis que deveriam ser convertidas (idem, 1999, p.31).

(...) a higiene dirige-se exclusivamente às famílias de extração elitista. Não interessa ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo ao código punitivo de sempre. Esses últimos, juntamente com os desclassificados de todos os tipos serão trazidos à cena médica como aliados na luta contra a rebeldia familiar. Escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc, servirão de anti-norma, de casos-limite de infração higiênica. A eles vão ser dedicadas outras políticas médicas. Foi sobre as elites que a medicina fez incidir sua política familiar, criticando a família nos seus crimes contra a saúde. A camada dos 'sem-família' vai continuar entregue a polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como prisões e asilos (Costa, 1999, p. 33).

Sob o ponto de vista das ações estatais, o Brasil passa a ter como marco evolutivo das atuações a transição para um perfil produtivo baseado em mão-de-obra assalariada, período que se inicia após a abolição da escravatura e com a evolução da economia cafeeira. A constituição de uma nova força de trabalho composta por “homens livres” e imigrantes europeus encontra-se com o fortalecimento do poder militar e o processo de centralização das ações estatais. As políticas de saúde transitam da moralização estatal sobre as famílias ao crescimento do poder do Estado sobre a sociedade. Somente a possibilidade de vivenciar a formação de uma nova classe trabalhadora permitiu a transição para um capitalismo periférico – algo que se processou dos anos de 1870 a 1930.

A contenção do espaço urbano aparece nesta época através das medidas de saneamento. A chegada de um grande contingente de imigrantes somou-se a massa de ex escravos abandonados, o que aumentou substancialmente a população residente nas cidades e também moradores de rua. Isto é, os problemas relacionados à ocupação urbana complexificaram-se, principalmente entre os centros urbanos mais desenvolvidos. Na primeira república, os interesses econômicos do país estavam voltados para a exportação de recursos naturais agrícolas, e as intervenções sanitárias ocorriam de forma restrita por meio de iniciativas privadas localizadas em cidades portuárias como Rio de Janeiro, Belém, Santos e Manaus. Por isso, as obras de saneamento mais antigas do país estão nos centros comerciais dessas cidades (Oliveira, 2005).

Sem dúvidas as medidas de saneamento deram o tom do “surgimento da nação” no Brasil. As atitudes do governo voltadas somente para a extração de produtos brasileiros para exportação reforçava a imagem de uma população rural trabalhadora e sofrida com adoecimentos que deveriam ser combatidos por ações governamentais. Hochman (2000) ressalta que datam-se desta época os romances sobre o sertanejo pobre, doente, abandonado, isolado, que desconhece o uso da moeda e que usa instrumentos primitivos de trabalho para caracterizar a falta de identidade nacional no Brasil.

A substituição da mão-de-obra escrava e a chegada das imigrações provocaram a “cultura do saneamento” trazida pelas tecnologias estrangeiras com importações tecnológicas para o setor. Oliveira (2005, p.130) relata que a contratação privada dos serviços foi incentivada na década de 30, visto que a carência por abastecimento de água e esgotamento sanitário atingia não só a industrialização nascente nos centros urbanos, mas também as oligarquias cafeeiras e outras culturas de exportação como a borracha e o açúcar. Além disso, nos anos 30 o saneamento passou a

ser disputado por duas frações urbanas: a imobiliária e a industrial. A formação do operariado industrial acelerou um processo de urbanização que redefinia as articulações entre diversos setores da economia, fundamentalmente mediadas pelo poder estatal.

A chegada do imigrante levou todo o país a um debate sobre miscigenação e imigração. O diagnóstico da saúde estatal era de uma população doente, resignada e isolada por suas proporcionalidades continentais, castigadas pelas dificuldades climáticas tão apregoadas pela medicina tropical que já havia se instalado em território brasileiro. Uma das primeiras tentativas de integração nacional pela Saúde foi dada por meio das medidas de saneamento. As ações traziam a noção de “integração” de um “povo” único dentro da identidade de uma mesma “nação”. O saneamento proporcionaria a transformação, diz Hochman (2000). E a medicina aliada a este poder público-estatal era fundamental para operar esta transformação.

Se o foco central dos higienistas era a presença da doença como o grande obstáculo a ser superado, ela aparece fortemente articulada com o tema da natureza, do clima e da raça. Na discussão sobre identidade nacional é freqüente a constatação da fragilidade do homem diante da natureza tropical. Esse contraste é a idéia de uma inadequação entre o ambiente natural. O homem e a cultura européia são temas constantes do pensamento social no Brasil nesta época (Hochman, 2000, p.04).

O pensamento higienista expresso nas medidas sanitárias da época associava a adoção de atitudes de higiene pelos trabalhadores nacionais (o sertanejo doente¹⁴⁴), com os rendimentos ao trabalho. As condutas de higiene trariam ao trabalhador nacional uma vitalidade proporcional a do trabalhador imigrante. A noção de inferioridade brasileira em relação à mão-de-obra européia gerou uma falsa justificativa para que as

¹⁴⁴ Hochman (2000) relata com o requinte do detalhamento o personagem de Monteiro Lobato, Jeca Tatu, tão pitoresco e tão representativo sobre o pensamento da época, O personagem era marcado pela ociosidade, pela ignorância, pelo isolamento. Era o sertanejo que não tinha a posse de terras, nem condições para o seu próprio trabalho, mas que vivia em comunhão com a natureza. Nele, o homem rural brasileiro mostrava-se como analfabeto, preguiçoso, nômade, rústico, porém apegado à crenças religiosas. O caboclo indolente que não se adaptava à civilização assistia o progresso chegar através da valorização das terras, das ferrovias que eram construídas e dos italianos que vinham para o trabalho.

elites políticas incentivassem um programa intenso de imigração como uma saída “mais otimista” em contrapartida ao pobre e ignorante brasileiro¹⁴⁵. As atitudes tomadas traziam a noção de “branqueamento” da classe trabalhadora, que lentamente deveria ser substituída através da miscigenação.

Hochman (2000) diz que essa foi uma das alternativas encontradas para que o Brasil fosse “merecedor” dos recursos estrangeiros que haviam sido solicitados para o saneamento das cidades. Porque, no entanto, dois interesses foram contemplados ao mesmo tempo: a) a solicitação brasileira por recursos financeiros à outros países para o saneamento das suas cidades, visto que essa atitude preparava o território brasileiro para os primeiros passos rumo a industrialização. E, b) o recebimento dos imigrantes no Brasil, pois que o país serviu como ponto de fuga para esta população em êxodo após terem vivenciado o empobrecimento dos seus países no período pós-guerra europeu.

¹⁴⁵ Negri & Cocco (2005) constroem uma importante análise sobre o assunto balizando-se pela ótica do “êxodo”. “(...) a transição para a industrialização e para o desenvolvimento não se reduz ao deslocamento das bases da acumulação dos setores agro-exportadores mais dinâmicos em direção à acumulação industrial, portanto, à busca de uma mão-de-obra moderna (assalariada). A libertação vem (ou acontece) antes, através das mil formas de êxodo: êxodo dos escravos e dos camponeses pobres (em condições servis e/ou semi-servis) e êxodo dos imigrantes europeus. O impacto da imigração foi crucial para o desenvolvimento do trabalho assalariado no Brasil. Assim, a população imigrante formou o primeiro contingente importante de trabalhadores livres e móveis, na medida em que a formação de um verdadeiro campesinato não pode acontecer” (Negri & Cocco, 2005, 82). Com o decorrer do tempo, ao chegar ao governo de Vargas, a Lei de Nacionalização do Trabalho, exigia a entrada de 2/3 de empregados brasileiros nas indústrias, algo que conteve os fluxos de trabalhadores imigrantes, principalmente após sua importante atuação na formação dos primeiros sindicatos brasileiros. “Antes de nacionalizar a produção industrial, nacionaliza-se o processo de proletarianização” (idem, 2005, p.91). Muitos desses trabalhadores foram então mandados para o interior do país, com o intuito de descongestionar os centros urbanos (idem, p.91).

A emergência do discurso sanitaria

O modelo de emancipação nacional da economia brasileira, então denominado por “substituição de importações” pode ser entendido como um dos efeitos produzidos mundialmente pela “grande depressão” dos anos 30. Através deste modelo, abriu-se o caminho para as teorias e as práticas de desenvolvimento baseadas na industrialização destinadas somente a produzir bens que não deveriam ser comprados dos países ricos (Negri & Cocco, 2005, p.30).

Entre os anos 30 e 40, ampliava-se a apropriação estatal no processo de acumulação; as formas adotadas para isto serão a seguridade social e os programas de saneamento nas zonas agro-exportadoras. O ideal que na época entra em voga, diz Nunes (1994), era a idéia do círculo vicioso que entendia “pobreza = doença”. Na fase áurea do desenvolvimentismo prevalece o conceito de controle “e assiste-se à progressiva utilização dos antibióticos e técnicas cirúrgicas para a consolidação da confiança na atenção médica individualizada” (idem, 1994, p.07) principalmente entre as populações pobres. Desta forma, abria-se o período de contenção das doenças através da utilização de medicamentos variados e procedimentos cirúrgicos¹⁴⁶. Certamente que a industrialização vivida no Brasil – a partir do pós guerra – influenciou de forma direta as ações de saúde à medida que a elas atribuíam uma nova racionalidade, isto é, à implantação de “padrões racionais de saúde”.

O referencial da *Saúde Pública* no Brasil se solidifica junto ao crescimento econômico baseado na intensificação da expansão industrial (Nunes, 1994). O momento pode ser balizado pela chegada do fordismo periférico, o qual o Estado intervencionista sustentou a atividade produtiva para a manutenção do emprego em massa e da

¹⁴⁶ Nunes (1994, p.12) caracteriza este período como o da “Saúde Pública desenvolvimentista”, pois o desenvolvimentismo havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria nas condições de saúde.

assistência social. Essa característica nacional teve repercussões diretas sobre o aparato institucional, pois que o surgimento da primeira instituição de gerenciamento estatal da saúde no Brasil surge no ano de 1808, mas foi somente no ano de 1953 que passou a existir um ministério único voltado para a saúde, com estrutura de órgão governamental ramificado em secretarias de estado¹⁴⁷.

Neste contexto, Nunes (1994) relata um movimento de crise “em uma determinada medicina”; uma crise estreitamente vinculada a um projeto pedagógico e não diretamente relacionada às práticas médicas. O grande saldo deste momento foi a revisão do ensino na graduação médica. Inclui-se o debate sobre temas associados à epidemiologia, administração de serviços de saúde e bioestatística nas disciplinas como uma crítica à biologização do ensino e às práticas individuais centradas no hospital.

A integração bio-psicossocial tem aqui as suas origens, e o modelo da medicina integral, numa apropriação da expressão “*comprehensive medicine*” aparece na versão latino-americana, colocando ênfase na medicina de família integrada no plano da comunidade. Se no plano do conhecimento é o momento de dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos; no plano político-ideológico [é o tempo] dos programas extra-muros (Nunes, 1994, 07).

O discurso da *cura* de doenças e também da *prevenção* se associam nesta conjuntura que permeava a quase todos os países da América Latina. Este foi o momento que Arouca (2003) denominou pela chegada do “preventivismo”. O surgimento da medicina preventiva representou um fenômeno conceitual na área médica ao estabelecer uma nova articulação com a sociedade em profundas mudanças decorrentes da industrialização. O modelo, com forte influência norte-americana, foi difundido entre os países da América Latina através dos órgãos internacionais como a

¹⁴⁷ Três anos depois, 1956, surgiu o Departamento de Endemias Rurais. A estrutura de Estado ainda tentava avançar para o campo e produzir o “desenvolvimento da nação”, isso porque em muitos estados brasileiros a população rural era maior que a população urbana.

OPAS. Esse campo conceitual exigia que a formação do clínico o possibilitasse fornecer respostas não somente à cura de doenças, mas também à prevenção das mesmas. O médico deveria desenvolver “uma nova atitude”.

Nas análises construídas por Arouca (2003) é interessante notar que um paralelo é traçado entre o “preventivismo” e a “higiene”. O modelo preventivista só surge como debate porque a higiene como disciplina se instaura na dinâmica da vida. Ou seja, quando a Higiene é absorvida na multiplicidade das disciplinas ela é dissolvida na sociedade como idéia e conceito (p.115). A função da OPAS foi somente apontar que a sociedade inteira tornara-se científica e que, portanto, era o momento de pulverizar uma ordem global. A medicina sobre a vida proporcionaria mais repercussões positivas aos Estados que a medicina da cura de doenças ou somente a intervenção sobre a morte.

A crítica da prática médica pelo movimento preventivista iniciou-se pela caracterização de seu oponente – a medicina curativa, que refere-se a uma adjetivação da medicina, cujo objetivo é demonstrar a sua atomização. Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida (Arouca, 2003, p. 37).

A partir dos estudos de Arouca, Nunes (1994) retoma esta análise e alega que esse movimento de afirmação e diferenciação de uma identidade dentro da própria medicina estabelece a união entre os termos “preventivo” e o “social” (Nunes, 1994, p.09). A medicina preventiva e social instaura em âmbito estatal a necessidade de se antecipar ao risco, conseqüentemente à doença, isso acaba por provocar a dimensão do “planejamento em saúde”. A noção de planejamento que chegou ao Brasil profundamente vinculada a propostas da Organização Pan-Americana da Saúde fechava-se em uma visão economicista que se resumia à idéia que planejar era cortar custos.

A primeira formação acadêmica aos profissionais de saúde voltada para o planejamento veio a acontecer no início da década de 60, quando começa a se proliferar um ideal de Estado fundamentado no racionalismo científico. O Estado deveria direcionar seus recursos “estrategicamente”. Existia uma fragmentação no pensamento da época, diz Onocko (2001), traduzida nas literaturas produzidas sobre o planejamento em saúde na década de 60. Essa fragmentação postulava que o “técnico” (expressão da cientificidade) subsidiava a melhor decisão que os “políticos” se encarregavam de implementar. E os “políticos”; que falariam em nome do Estado protetor, provedor do bem comum e administrador, deveriam acatar as decisões trazidas pelos seus técnicos. Algo que originou o plano de estruturação dos estados em secretarias de saúde – uma “falsa divisão” do poder entre os técnicos e os políticos de Estado.

O fato é que o crescimento das produções técnicas no país começam a se proliferar exatamente neste período, quando as universidades iniciam seus primeiros projetos de pesquisa em saúde. Vários gestores começam a se refugiar em núcleos de pesquisa ou entidades internacionais; e os problemas “técnicos” de Estado começam a ter sobre eles produções acadêmicas vindas destes núcleos. Por isso surge a constituição de um novo campo denominado por “planejamento estratégico”, em substituição a um modelo de “planejamento normativo” (Onocko, 2001). No Brasil era vivenciado o auge do fortalecimento industrial e isso reforçava o fordismo periférico em que a racionalidade científica era incorporada aos postulados da administração de Estado. Essa linguagem é adequada à realidade da saúde e posta a funcionar nos órgãos públicos. Onocko (2001) relata que a OPAS (1965) produziu neste momento um relatório denominado por "Problemas conceptuales e metodológicos de la programación en salud" que discutia essa transição. Este documento circulou entre os ambientes universitários e teve ampla repercussão sobre os órgãos públicos. O conteúdo do documento propunha o rompimento definitivo com a noção de planejamento normativo

(que subdividia as decisões entre “técnicas” e “políticas”) e instaurou o modelo de planejamento estratégico dentro das secretarias de saúde. Na década de 70 parte-se deste pensamento para a criação de diversos manuais da administração para gestores públicos que deveriam ser “estratégicos”.

A medicina preventiva, que representava uma atitude de antecipação aos riscos, proporcionava práticas de intervenção comunitária e isso tomou proporções maiores entre os profissionais da saúde. Ao final da década de 60, a dimensão social da saúde começou a se proliferar entre as graduações, um movimento que havia sido propagado pelos próprios profissionais da área e tornou-se rico pelos seus questionamentos. As ações de “saúde comunitária” se afirmaram como campo da medicina, da enfermagem e também nas formações do campo social. Datam-se desta mesma época as primeiras revisões teóricas da disciplina “desenvolvimento de comunidade” na graduação de serviço social e a inserção da antropologia (social, urbana e da saúde) como disciplina básica em várias formações.

Este referencial que surgia torna-se importante para demarcar um momento de revisão dos conceitos. Ao adotar a dimensão “extra-muros” nas universidades crescem os projetos de extensão voltados para a intervenção social na saúde de comunidades, famílias, grupos vulneráveis e instituições; algo que proporcionou aos profissionais o movimento de revisão de seus referenciais sobre a relação saúde-doença. Sair do âmbito hospitalar e ver-se diante da realidade das populações pobres, possibilitou o encontro de vários profissionais em torno de um mesmo debate, criando experiências pioneiras de “educação em saúde”.

Por outro lado, ao apontar a “saúde comunitária” como meta, o Estado se afirmava como aparelho político responsável pelo fomento para a atuação com grupos vulneráveis e também como aquele que irá conter os gastos com produtividade, à

medida que as ações “em massa” e não somente individuais serão estimuladas¹⁴⁸. “A atenção comunitária tinha um duplo caráter” (Nunes, 1994, p.18). Por trás de uma crise que surgia no setor saúde, criou-se a imagem que o poder estatal oferecia maior cobertura às populações, utilizando poucos recursos. Reforçou-se o ideal de um Estado protetor das coletividades ao mesmo tempo que racionalizador de suas finanças.

O crescimento da industrialização neste período (tanto nacional quanto multinacional) no Brasil criou condições para o surgimento de empresas médicas corporativas. Isto porque o “controle” estatal fechou os olhos para as empresas médicas que eclodiam voltadas para o atendimento de alguns segmentos de trabalhadores das indústrias de metalurgia, química e siderurgia. O pacto do Estado com estas indústrias era acionado justamente pelo campo da “proteção social”, quando a previdência deixava de recolher parte da contribuição prevista com gastos para a saúde dos trabalhadores e estimulava o financiamento dos planos privados de assistência à saúde. Este pacto industrial-estatal se manteve por décadas, alimentando verdadeiros cartéis na saúde pública¹⁴⁹. Os planos de saúde tinham neste contexto somente “clientes-empresa”. Vinte anos depois passariam a deter milhões de “clientes individuais”.

Desse período revisionista da saúde, que se fecha em uma década, pode-se afirmar sua demarcação pelo nascimento e crise da Saúde Pública desenvolvimentista. Um campo que foi caracterizado como associativo entre a saúde e o desenvolvimento da nação pelo crescimento econômico baseado na “substituição de importações”. Algo que não proporcionou a efetivação do ideal que o crescimento econômico traria uma grandiosa modificação nas condições de saúde da população. Ao contrário, a inserção do profissional da saúde pública nas comunidades fez por desvelar a emergência de

¹⁴⁸ Alguns autores chegam a afirmar que a “saúde comunitária” era uma nova polícia médica, não nos moldes daquela que havia sido desenvolvida no século XVIII, mas uma nova modalidade de trabalho policial mais refinada e menos manifesta (Nunes, 1994).

¹⁴⁹ Para entender melhor sobre o assunto ler: Possas, Cristina. *Saúde e Trabalho – a crise da previdência social*. São Paulo, Editora Hucitec.

novos problemas: a desnutrição infantil, os altíssimos índices de analfabetismo, as doenças crônico-degenerativas e a revelação dos primeiros números sobre o quadro de morbi-mortalidade de trabalhadores em âmbito de fábrica. Nasce uma discussão sobre os cenários de adoecimento por segmentos sociais: patologias da pobreza, patologias do trabalho, estudos aprofundados sobre gênero, patologias relacionadas à etnia... “Encontrou-se nas doenças aquilo que ameaçava a ordem social”.

Também nesta mesma década o Brasil descobriu as primeiras produções teóricas que proporcionaram a revisão da literatura sobre “saúde e sociedade”, bem como a sua inserção nos debates sobre as instituições estatais. Os primeiros textos com inspiração marxista, como Althusser, chegam à academia, bem como as primeiras traduções de Levi-Strauss e Foucault (Nunes, 1994, p.12). A experiência da anti-psiquiatria começa a ser publicizada na Europa. E o movimento operário italiano chega adaptado à América Latina e traduzido para a Saúde através dos textos de Asa Cristina Laurell. Ou seja, a transição dos últimos anos da década de 60 são tempos fecundos para os debates teóricos sobre a dimensão social da saúde. As produções que viriam do movimento europeu pós 68 chegam às universidades brasileiras com certa relevância, mesmo em tempos de ditadura.

O público e o privado

Pode-se dizer que a Saúde Pública vivenciava um momento de crise na década de 70 quando se deparou com o crescimento do setor privado e enfatizou o surgimento de um complexo médico-industrial. Neste modelo, que Bravo (2001) prefere chamar por *privatista*, conviviam as ações das grandes empresas internacionais de produção de medicamentos (indústria farmacêutica), de equipamentos médicos e também, internamente, a proliferação dos serviços suplementares.

O conceito de complexo médico-industrial (CMI) passou a ser concebido de modo ampliado, contemplando as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica, a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio onde, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema (Vianna, 1993, p.01).

Somente medidas de saúde em massa atenderiam a industrialização do sistema produtiva em massa. A definição que abarca o surgimento de um complexo industrial da saúde atende a duas realidades da época: uma delas diz respeito à medicina moderna, que passa a funcionar amparada pelo amplo uso de recursos tecnológicos e equipamentos médicos; e outra que se refere ao crescimento exorbitante na produção de novas drogas em escala industrial e com um grande contingente de inovações farmacêuticas. O impacto da difusão desse ideal sobre o imaginário popular resultou em conseqüências extremamente questionáveis. Assim como a indústria era o sinônimo do crescimento, da produtividade e da modernização, a produção industrial dos medicamentos em larga escala e a difusão de novas tecnologias para a diagnose e terapêutica de muitas doenças também representavam uma grande conquista que não deveria ser dispensada.

(...) não só a velocidade e a taxa de renovação de novos produtos tiveram grande inflexão, como também existiu a necessidade de se criar novas especialidades e especialistas, que pudessem utilizar os novos equipamentos e atender à demanda dos usuários de forma eficiente (Vianna, 1993, p.02).

Os recursos tecnológicos na saúde passam a existir como demanda, as práticas em saúde precisavam disponibilizar a “melhor tecnologia possível” para serem consideradas eficazes. Com isso, os custos sobre os serviços cresceram de forma tão veloz quanto o ritmo das inovações. Esta realidade perpassou a todos os países do mundo que viveram a industrialização dos seus sistemas de saúde, de tal forma que o complexo médico industrial tornou-se uma ordem global. Isto é, a mundialização das práticas baseadas em evidências que só as tecnologias mais refinadas poderiam trazer. Essa composição de um cenário global apontava para o fato que a industrialização havia se tornado muito mais que o investimento de um capital nacional. O complexo médico industrial viveu a globalização e tornou-se multinacional. A “nova ordem” da saúde ditava os serviços privados, e, sobretudo, as políticas públicas estatais, que passam a gerir e organizar os serviços de saúde a partir de um padrão empresarial. Mesmo em setores que o objetivo do lucro não é colocado como finalidade, as relações passam pela constituição de um conjunto de inovações organizacionais, terceirizações, lógicas de competitividade que se aproximam da forma empresarial.

Claro que essa formação é viabilizada primeiramente pela difusão do modelo industrial de produção de medicamentos, tecnologias e equipamentos. Mas é na esfera da produção ampliada, mais precisamente, através das políticas públicas, que esse ideal é veiculado. São nos órgãos de atendimento à população, na prestação de serviços, que se estabelecem as dinâmicas da propagação do exercício profissional associado à

tecnologia; assim como; também é neste âmbito que surgem as inovações¹⁵⁰ – tanto entre os serviços públicos, quanto privados.

O padrão industrial nas políticas públicas de saúde começa a demonstrar sua ascensão através das primeiras pistas deixadas pela crise da previdência e da assistência à saúde na década de 70. Ou seja, a evolução da industrialização da saúde trouxe consigo a crise das políticas sociais de um país que nunca vivenciou um Estado de proteção social plenamente. A extensão previdenciária neste período cobria a quase totalidade da população urbana e chega em 1973 a incluir os trabalhadores rurais, empregados domésticos e até trabalhadores autônomos (Bravo, 2001). Todavia, a assistência à saúde médico-odontológica, representada pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), destinava-se basicamente aos trabalhadores com vínculo empregatício formal, e deixa uma enorme quantidade da população sem acesso aos serviços de saúde. Algo que Wandeley Guilherme dos Santos caracterizou por “cidadania regulada” – quando somente trabalhadores com vínculos empregatícios formais acessavam direitos a eles resguardados. A ênfase nos serviços então individualizados, centrados na clínica, visto que privados, reforça uma cultura da prática médica curativa, especializada e com clientela segmentada de acordo com o poder aquisitivo.

Na complexa história da previdência e da seguridade social no país¹⁵¹, a década de 70 tinha no Inamps a grande representação da necessidade de unificação de

¹⁵⁰ Carlos Gadelha (2003) em um artigo intitulado “*O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde*” mostra que em vários países com industrialização avançada é comum que hospitais, universidades e empresas criem parcerias para dinamizar a produção de ciência e tecnologia na saúde, envolvendo financiamentos e incentivos que estabelecem verdadeiras políticas comerciais de propriedade intelectual.

¹⁵¹ Pode-se resumir, a grosso modo, que a Previdência inicia sua história com as Caixas de Aposentadorias e Pensões por categorias profissionais (1923) e foi unificada pelo Estado através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP’s) na década de 30 (“minando” todas as formas de solidariedade de classe). Somente a expansão progressiva da indústria farmacêutica e das atividades da medicina permitiram que os IAP’s se tornassem uma indústria da medicina de massa. Os Institutos foram sendo agrupados até a criação do Instituto Nacional de Previdência Social e, em seguida, o Ministério da Previdência e Assistência Social na década de 70.

todas as políticas referentes à saúde em um só ministério. O Instituto, pertencente ao Ministério da Previdência e da Assistência Social, mantinha uma máquina clientelista de atendimento médico-odontológico aos segurados e à população em geral. Entretanto, as contradições estatais ficam realmente expressas na atuação de um órgão maior, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que sustentou durante muitos anos a rede hospitalar privada e também a rede periférica que surgia de pequenas clínicas formadas por pequenos grupos de médicos, visto que tinham a previdência social como o principal comprador (e financiador) desses serviços de saúde¹⁵².

Por um breve lapso temporal, a história da Saúde nos coloca dentro de um momento em que gerir a saúde pública ou um serviço privado empresarial aparecem de forma muito semelhante; pois que os serviços privados se introduziam com facilidade dentro do sistema público e o próprio modo de gestão da Saúde começa a apontar para uma transição nos seus sistemas de gestão. Nas instituições públicas era preciso saber transitar pelas diferentes formas de contratos de trabalho e por serviços que passariam, de uma só vez, a tornarem-se privados. A previdência¹⁵³ ministrava toda essa rede “pública” repleta de variadas sub-contratações.

¹⁵² Cristina Possas (1989) construiu uma análise estruturada sob a ótica do trabalho para este movimento do Estado rumo a completa privatização das ações. Para a autora, a privatização dos serviços de saúde em massa só se tornou possível porque a “medicina de grupo” se responsabilizou pela prestação de serviços médicos às empresas, garantindo uma rápida recuperação do trabalhador doente para o retorno ao trabalho. Os “convênios médicos” objetivavam evitar que essa gama de trabalhadores procurasse a previdência, pois seriam alvo de medidas “benevolentes”. Por meio desses convênios o controle da mão-de-obra seria muito maior, pois garantia-se a rápida re-inserção desse trabalhador ao trabalho, mesmo doente ou acidentado, através de exames que previam um controle periódico (p.267). No entanto, de qualquer forma, com a privatização dos serviços ou sob a “guarda” das ações estatais, é sobre o controle da força produtiva que se direcionam as ações. Também não seria o Estado aquele que resguardaria os trabalhadores de uma industrialização adoecedora e causadora de inúmeras mortes no trabalho durante a década de 70. Ao contrário, o Estado precisava que esta força de trabalho retornasse ao emprego, mesmo doente, para movimentar o setor produtivo industrial, tornando o operário massa mantenedor do pleno emprego, e, só por isso permitiu a privatização das ações. A assistência, desta forma, cumpria a sua função de ampliação da capacidade produtiva.

¹⁵³ Ao final da década de 70 a Previdência Social era composta pelos seguintes órgãos: INPS - Instituto Nacional da Previdência Social, responsável pela concessão e pagamento de benefícios aos segurados; IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência Social, responsável pela administração financeira e patrimonial; INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social fazia a assistência médico-odontológica dos segurados e da população em geral. E o DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social.

Se por um lado a criação de um sistema que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's¹⁵⁴) ao final da década de 70 e, isso tenha dado a noção de integração e nacionalização de um modelo de proteção social; por outro, ampliaram-se os canais para a utilização da compra de serviços privados, à medida que também foram unificados os órgãos de assistência social que ficaram caracterizados como verdadeiros “viadutos” para a formação dos principais canais de corrupção nas políticas públicas (LBA - Legião Brasileira de Assistência; FUNABEM - Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor e a CEME - Central de Medicamentos (responsável pela compra e distribuição centralizada dos medicamentos). A experiência que centralizou instituições tão grandes e com tanto poder de controle sobre os trabalhadores passou a imagem que ampliava-se o poder da “proteção social” sob o trabalhador. Um trabalhador que contribuía para a sua “seguridade” e, porque contribuía, acessava um “direito”.

4.3 - Um movimento anti-disciplinar: a reforma sanitária

O marco conceitual produzido pelo âmbito acadêmico nas faculdades de saúde pública, medicina preventiva e social deu origem a um paradigma que postulava uma ampla reforma para a Saúde. Os “sanitaristas” – profissionais da saúde que passaram pela vivência da medicina comunitária, da medicina preventiva e social - pleiteavam maior racionalidade para os serviços de saúde através da regionalização e

¹⁵⁴ Os IAP's formavam um “sistema previdenciário” composto por categorias profissionais (indústria, comércio, marítimos, bancários, ferroviários, etc.) que unificou as Caixas de Aposentadorias e Pensões por segmento profissional em território nacional. Os Institutos foram alvos de inúmeras críticas, visto que segmentavam por categoria profissional o acesso a seguros, aposentadorias e pensões. Porém, sua administração passou a ser nomeada pelo governo, visto que contava com recursos do governo federal, empregados e empregadores nacionalmente. Na época, os IAP's eram considerados avançados sob o argumento da ampliação do sistema de “proteção social”, pois o governo “estatizou” o seguro acidente de trabalho, passando a ser uma responsabilidade dos Institutos administrá-los; pois antes eram atribuídos a serviços privados. Isso aconteceu ao mesmo tempo em que também o governo instituiu a obrigatoriedade da instalação de um Serviço Médico-Ocupacional dentro das empresas. Ou seja, a notificação do acidente de trabalho passaria a vir das próprias empresas empregadoras e, o Estado se responsabilizaria pelo “ônus” de ter se tornado uma “seguradora”.

hierarquização dos serviços. Além disso, o movimento apregoava a necessidade de novos aportes conceituais e metodológicos para oferecer respostas que instrumentalizassem a população através da participação comunitária nas decisões sobre os serviços e também para fixar o ideal da multiprofissionalidade nas ações de saúde (Paim, 1997).

Se nos balizarmos pela periodização, Nunes (1994) diz que os estudos produzidos no Brasil sobre os determinantes sociais na saúde deram seus primeiros passos na década de 40 ainda de forma muito incipiente. Remetiam-se apenas às dimensões culturais que influenciavam no adoecimento. Contudo, o autor ressalta que somente na década de 70 pode-se afirmar que a sociologia¹⁵⁵ embasou os referenciais das pesquisas de um campo que se formava com o nome de *Saúde Coletiva*.

A produção acadêmica dos “sanitaristas” teve forte inspiração do movimento operário italiano¹⁵⁶, movimento que originou a corrente teórica “*operaísta*”. Como mostramos no capítulo anterior, após 68, a composição política da classe operária passou por transformações que prolongaram as experiências de organizações operárias socialistas. O movimento operário vivenciado na Itália afirmou a recusa ao trabalho e a qualquer figura de delegação e reapropriação do poder. Isto porque compunha uma luta maior, precedida por Maio de 68, quando todas as formas de disciplinamento foram contestadas. Sob a ótica do Trabalho, as lutas dos trabalhadores se posicionavam contra as dinâmicas silenciosas e disciplinadoras do fordismo. Uma nova subjetividade se

¹⁵⁵ Nunes (1994) afirma que a sociologia funcionalista foi uma das primeiras correntes a compor os aportes conceituais da Saúde Coletiva, através do entendimento que a sociedade deveria ser harmônica. Na mesma década, o estudo sobre a literatura marxista embasou os “sanitaristas” a afirmarem que as doenças eram socialmente determinadas. Para lançar mão da metodologia marxista a primeira compreensão era que a dinâmica social precisava ser historicizada, portanto, um objeto de análise estava em constante construção.

¹⁵⁶ Em 1988, o CEBES juntamente com a Editora Hucitec lançou uma coletânea para melhor debater sobre o assunto: “*Reforma Sanitária: Itália e Brasil*” foi organizada por Berlinguer, G.; Teixeira, S.F; e Campos, G.W.S.

estruturava a partir da crise deste sistema produtivo; e essa crise deu origem a um novo paradigma denominado “pós-fordista”.

No pós-fordismo o trabalho determinará o capital, e não o inverso. Não seria a fábrica o espaço que disciplinaria o trabalho. O que define o pós-fordismo é o momento em que a vida é posta a trabalhar, e, portanto, todo o território se torna produtivo, não somente o espaço fabril. A dimensão subjetiva da análise operaísta mostra que o comando capitalista, portanto, não conseguiria capturar toda a dinâmica da vida, mesmo que a dimensão social dela seja totalmente incorporada e determinante às novas formas de produção.

A realidade italiana chegou ao âmbito acadêmico de forma mobilizadora entre os profissionais da saúde. As experiências que questionaram a representação democrática fizeram do “sanitarismo” um movimento que protestou contra as próprias bases da democracia brasileira, nascendo, deste modo, em período ditatorial. A Saúde então pôde contar com a participação de novos sujeitos sociais na discussão, visto que suas exigências eram por democracia e por melhores condições de vida para a população (Bravo, 2001). No movimento dos “sanitaristas” a saúde ganhava dimensões amplas, pois que assumia uma dimensão política sobre a vida.

Um novo objeto se abria para o campo de análise da Saúde, um sujeito por hora coletivo, principalmente após a prática vivenciada nas intervenções da saúde comunitária. Os “sujeitos coletivos” tornaram-se dinâmicos para a Saúde, porque são um produto das relações sociais. “As práticas de saúde se dão sobre e no coletivo ao mesmo tempo em que passam a se configurar como práticas coletivas de saúde” (Cohn apud Nunes, 1994, p.18).

Sob a influência dos movimentos de 68, Nunes (1994, p.18) contextualiza a formação do campo da Saúde Coletiva como aquele que entende que “ao se submeterem às regras, os indivíduos se submetem ativamente”. A noção de indivíduo que surgia

nesta nova dimensão social não era a visão de um sujeito autômato, disciplinado, assubjetivado. Era o indivíduo social, capaz de produzir relações, inteligência, afetos.

Uma revitalização dos discursos foi produzida a partir de produções teóricas que estudavam o trabalho dos próprios trabalhadores da saúde, não somente sobre o aspecto das suas condições laborativas, mas também pela inserção política nas instituições estatais e na sociedade (Paim, 1997). Os estudos sobre a categoria Trabalho como determinante resgatavam a dimensão política da atuação profissional pelo viés da Saúde Coletiva, o que permitiu alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. O debate teórico sobre a dimensão que o Trabalho ocupava sobre a Saúde foi recuperado nas obras de Asa Cristina Laurell (México) e Giovani Berlinguer (Itália), o que forneceu elementos para a construção da noção de “trabalhador coletivo”¹⁵⁷ no campo da saúde, momento em que se apropriavam dos estudos feitos sobre Marx.

A interpretação de Merhy (1997, p.126) sobre a produção da Saúde, por exemplo, é vista sob a dimensão do trabalho vivo, algo que se constitui em ato. Por isso o autor desenvolveu o conceito que todo processo de trabalho em saúde é algo coletivo, construído sob a ótica das relações, na produção de vínculos entre profissionais e usuários. Portanto, alcançar condições de saúde era assumir um compromisso cotidiano com o cuidado produzido pelos profissionais e os usuários, construindo um produto (saúde) derivado de uma relação.

No campo da Saúde Mental essa relação ganhou mais evidências. Em 1976, jovens psiquiatras constituíram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e começaram a atuar nos seus espaços de representação (sindicatos, partidos políticos, CEBES e associações). Esses trabalhadores da saúde formaram uma agenda para o setor sob o título de “Reforma Psiquiátrica”, introduzindo como principal luta a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. O movimento

¹⁵⁷ A expressão é retirada do artigo de Merhy (1997) no livro “*Saúde e Democracia – a luta do CEBES*”.

denunciava as condições precárias que eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos e tornou pública as condições institucionais que usuários e profissionais eram submetidos quando asilados dentro dos hospícios (Amarante, 1997). O movimento que questionou a própria dimensão disciplinadora da psiquiatria inseriu duas agendas que eram centrais para os sanitaristas: a primeira era a inversão da política nacional de saúde mental, que não deveria ficar somente sob o âmbito das clínicas e hospitais privados – como era reforçado pelo Estado na época; a segunda pleiteava alternativas extra-hospitalares para que tentassem reverter a dinâmica disciplinar.

Visto a partir desses dois aspectos, o que entrava em questão, portanto, era a publicização do espaço público e a criação de novos modelos tecno-assistenciais que não fossem mais hegemonicamente médicos; que não permitissem a completa privatização dos serviços de saúde pública e que defendessem a saúde no sentido amplo da vida.

A formação de uma rede de movimentos sociais interligada ao movimento sanitarista marcou a transição democrática da saúde pública vivida na década de 80. Dos atores que entraram em cena neste contexto, pode-se destacar: os profissionais de saúde, as representações profissionais desses trabalhadores, os partidos políticos de oposição, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)¹⁵⁸, os movimentos sociais urbanos¹⁵⁹, estudantes de graduações no campo da saúde, a igreja católica através do trabalho das pastorais e sindicatos dos trabalhadores da saúde (Bravo, 2001). Portanto, um conjunto de sujeitos que não estavam ligados a uma dimensão da “classe produtiva”, mas dentro dos espaços de reprodução social.

¹⁵⁸ O CEBES pode ser caracterizado como um produto deste mesmo movimento, passando a protagonizar os espaços de debate e um dos principais disseminadores das “inovações” geradas pelos sanitaristas. Foi criado em 1976 (Paim, 1997).

¹⁵⁹ “Os movimentos coletivos se expressaram através de fenômenos associativos de moradores de [periferias urbanas] e de favelas, e também na constituição de novas identidades culturais (como os movimentos feministas e negro) [...] os protestos populares ocorridos em São Paulo e Rio de Janeiro contra os serviços ferroviários das periferias e por melhoria dos transportes coletivos em Belo Horizonte e Salvador. Destacam-se também os movimentos de defesa da ecologia, pela melhoria das condições de saúde [...] em busca de saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde (Bravo, 1996, p.39).

Dois momentos históricos distinguem o cenário que iniciou a abertura política no país e que influenciaram diretamente o campo da saúde: **a)** a Lei da Anistia (1979) que permitiu o retorno dos exilados ao país e a recuperação dos direitos políticos das lideranças; e **b)** o surgimento do Partido dos Trabalhadores (PT) composto totalmente por bases sindicais (1981). Na época, o partido ganhou adesão imediata de intelectuais e legitimou-se após as greves dos trabalhadores¹⁶⁰ do ABC paulista nos anos de 1978, 1979 e 1980. O PT mantinha então alianças com os movimentos de bases rurais e urbanas, além das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) (Bravo, 1996, p.50).

A luta pela saúde somada aos diversos movimentos possibilitou a realização de eventos que marcaram o período, como: a “*Semana de Saúde do Trabalhador*” (1979) organizada pelos sindicatos; “*Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo*” (final da década de 70) organizado por movimentos comunitários; “*I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*” (1979) promovido pela Comissão de Saúde da Câmara de Deputados em Brasília e que contou com cerca de 800 participantes, dentre eles parlamentares, associações profissionais, sindicalistas e intelectuais – um acontecimento que deu novo significado para a Saúde dentro do âmbito do Legislativo. O “*I Encontro Popular pela Saúde*” (1980), organizado pelo movimento de associações de moradores de bairros (FAMERJ) e favelas (FAFERJ) e apoiados pro profissionais da saúde (sindicatos dos médicos e Associação Estadual de Saúde Pública) – o evento contou com três mil pessoas que vinham de associações de moradores. Por último, a “*Campanha da Fraternidade ‘Saúde para Todos’*” realizada pela Igreja Católica (CNBB) em 1981. O encontro aconteceu na PUC-SP e foi apoiado pelo sindicato dos

¹⁶⁰ O movimento sindical se consolidou neste período. A dinâmica do ABC se espalhou para outras regiões do país e também para fora do setor fabril; pois que na mesma época desencadeiam-se greves entre os trabalhadores da construção civil, agroindústria, professores e médicos dos serviços públicos. Em 1981 realizou-se a I Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), que havia sido proposta desde 1977. A conferência trouxe a proposta de criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) (Bravo, 1996, p.53).

médicos, associação dos médicos residentes de São Paulo, CEBES e vários sindicatos de trabalhadores (Bravo, 1996, p.57).

A partir de então, pode-se dizer que estava formulado um paradigma de análise e intervenção para o campo da saúde no país. Quando a ditadura chegou ao esgotamento, os “sanitaristas” tinham sua agenda política pronta, com as bases consolidadas, pois vinham de um movimento multitudinário que dentro dele englobavam-se muitas lutas e isso deu legitimidade para que enviassem um documento para o Legislativo, intitulado “*Saúde e Democracia*”. O documento foi repassado primeiramente à VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁶¹ e dela nasceu o texto que se criou a primeira emenda constitucional transferindo o Inamps para o Ministério da Saúde.

Após um impasse entre a previdência e a saúde, a transformação do Inamps em um órgão do Ministério da Saúde gerou a centralização de duas instituições públicas com muitos problemas burocrático-administrativos. A VIII Conferência reforçou uma proposta de implantação de ações integradas de saúde, mas para isso seria necessário a constituição de um sistema descentralizado e unificado, como era proposto pelo movimento de reforma sanitária. Essa transição democrática deu início a uma reforma administrativa da previdência, o que assinalava aos poucos a extinção do Inamps do âmbito da Saúde Pública (Bravo, 1996).

¹⁶¹ A VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em março de 1986 em Brasília e contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, destas, 50% eram usuários da saúde. No mesmo ano, pela primeira vez ouviu-se o termo “*Movimento da Reforma Sanitária*” em substituição ao habitual termo “movimento sanitarista”, nascido dentro das faculdades de medicina preventiva e social ou de saúde pública. Ao final do período ditatorial as conferências nacionais de saúde voltaram a ser um espaço de debates. Informação retirada do site: <<http://bvсарouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. No seu relatório final constava que a saúde era “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório final *in* Bravo, 1996, p.77).

A VIII Conferência, devido seu grande valor histórico, até hoje é chamada pela “constituente da saúde”. No texto de seu relatório final continha a síntese do que fora o *movimento da reforma sanitária* no Brasil e veio a se tornar o princípio constitucional que estabelecia a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Um texto que futuramente entraria quase por completo na Constituição Federal de 1988.

4.4 - Democratização da Saúde, produção do Comum

Após a implantação das bases sociais, a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde fechou um ciclo de lutas sociais comprovando que a saúde coletiva não era uma política de Estado, mas sim dos movimentos. A democratização dos serviços por meio da descentralização das ações somente fez por radicalizar o movimento que buscava proporcionar o acesso mais igualitário da população aos serviços de saúde pública. Pode-se afirmar que o SUS¹⁶² não foi uma vitória das políticas de proteção social estatais, mas sim uma vitória dos movimentos pela democratização da saúde pública, expresso através da rede de lutas sociais que se denominou por “*movimento da reforma sanitária*”. Após essa realidade de desestatização da política de saúde, ou seja, tornar a saúde uma política dos movimentos, o SUS tornou-se um sistema respeitado pelos seus técnicos e reverenciado pela sua constituição democrática. A luta da reforma sanitária não era por mais intervenção do Estado na Saúde Pública, mas sim por mais participação dos movimentos na construção de uma política democrática.

Ao contrário do que era apregoado pelo Estado desenvolvimentista e em seguida pelo Estado autoritário, o movimento de reforma sanitária pleiteava mais participação dos atores sociais para a construção de uma saúde pública democrática. A política não deveria ser constituída primeiro pelo Estado e depois pelos movimentos. Ao contrário, somente as lutas sociais fariam o estreitamento das relações democráticas dentro do âmbito de Estado. O movimento da reforma sanitária veio a desfazer a fórmula, “primeiro o Estado, depois a democracia”, que surgiu no desenvolvimentismo

¹⁶² “O avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado. Às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade [...] a proposta de unificar o sistema de saúde sob a égide do setor público, com comando único em cada esfera de poder (federal, estadual, municipal) é contemplado na Constituição Federal de 88. Dentre suas diretrizes gerais, destacam-se: a descentralização, a universalização, a equidade e a garantia do controle social através dos conselhos de saúde” (Cohn & Elias, 1988, p.49).

e teve continuidade no período ditatorial. A Saúde no Brasil passou pela verdadeira formação de um movimento *constituente*, que colocava a democracia à frente do Estado.

Entretanto, toda essa articulação de um ciclo de lutas vindas do trabalho que se fechava na década de 80, deparou-se com o acirramento das políticas neoliberais na década de 90. O neoliberalismo gerou uma falsa interpretação sobre a falência das políticas públicas que deveriam então ser compensadas pelo mercado. Se a questão estrutural era a dificuldade do acesso aos direitos, instaurou-se uma dinâmica em que ter acesso significava ser consumidor. “Nos anos 90 tem a transição de uma ditadura para outra: de uma ditadura oligárquica, tecnocrática e corporativa à ditadura do mercado” (Negri & Cocco, 2005, p.33).

Ou seja, abre-se um outro período para a constituição de novas lutas sociais que não mais teriam o Estado corporativo e tecnocrático como único inimigo a ser combatido. Nem mesmo o Estado seria o espaço ideal para as mobilizações, pois este não seria um objetivo alcançável pelos movimentos a partir das lutas. O neoliberalismo se instaurou como uma ordem global, que na saúde se expressava pelo crescimento exorbitante dos planos de saúde, o aumento dos preços dos medicamentos devido a quantidade de inovações (patentes) inseridas nos mercados farmacêuticos, nos custos dos atendimentos hospitalares tecnologizados e que alimentam a indústria da produção de medicamentos. Um exemplo disso é o movimento feito pelos técnicos da saúde pública em tentar reverter a lógica “hospitalocêntrica” tão difundida em épocas de industrialização e da atenção à saúde em massa.

Os temas das lutas vinham se transformando, mesmo porque as oligarquias também já haviam sido transformadas, tornaram-se globais juntamente com as relações de capital que na década de 90 se financeirizaram. Também a classe operária havia se transformado. O operário fordista é “submetido à chantagem do mercado global e às novas formas de precariedade que vão se sobrepondo agora à tradicional marginalidade

social difusa” (Negri & Cocco, 2005, p.34). Isso evidencia que novos processos produtivos passam a se formar, baseados em um trabalho sobretudo intelectual e imaterial, dimensionando a realidade de uma nova economia.

Isto é, um novo ciclo de lutas sociais se abre para a saúde. Lutas que se organizam de forma global mesmo internamente. Os estudos no campo da Saúde Coletiva passam a ser demarcados por categorias que se propõem a discutir a produção política da subjetividade em seu sentido mais amplo, criando categorias como: prevenção, promoção, afeto, cuidado, subjetividade, acesso, atenção à saúde, etc. Ou seja, o Sanitarismo está para a Saúde assim como o Fordismo está para o Trabalho. A multiplicidade trazida dentro do movimento multitudinário da reforma sanitária abre espaço para novas necessidades e demandas caracterizadas pelo hibridismo das relações: a saúde da mulher, do negro, dos homossexuais, do ambiente... algo que se manifestava já na rede de movimentos que compunham a reforma sanitária. Outras matizes se abrem para a construção de novas estratégias.

No campo conceitual esse hibridismo é a condição essencial e positiva deste *novo lugar* ocupado pela “Saúde Coletiva”. As ferramentas criadas funcionam cada vez mais como próteses humanas integradas ao corpo dos trabalhadores da saúde como uma espécie de reconhecimento que as tecnologias da saúde são tecnologias sobre a vida; que geram o contato e a interação. A primeira condição para que essa ruptura acontecesse foi o reconhecimento das transformações das tecnologias sobre o corpo. Ou seja, a natureza humana não se separa da natureza como um todo; não existe uma fronteira fixa entre o homem e a máquina, entre o homem e o animal, entre o masculino e o feminino, entre o tempo de trabalho e tempo da vida.

O trabalho em saúde está cada vez mais baseado no trabalho afetivo. “O trabalho de cuidar de alguém está, certamente, imerso no corpóreo, no somático; mas os afetos que produzem são apesar disso, imateriais” (Hardt & Negri, 2001, p.314). Por

isso, as relações não foram empobrecidas pela compreensão do indivíduo social como objeto da saúde, mas ao contrário, enriquecidas pela complexidade da interação humana, pela ação instrumental que une a economia às diversas formas de manifestação das relações sociais. A produção de saúde em ato gera um excesso de valor, determinado pelo cruzamento de conhecimentos, pela inteligência coletiva e pelo puro poder de agir.

Em contrapartida, o aspecto central dessa produção é sua relação íntima com a cooperação, com a colaboração em ato; pois a produção em saúde necessita da articulação de saberes. A Saúde Coletiva pressupõe que a produção do cuidado e de práticas terapêuticas integrais seja o resultado de uma inteligência coletiva, de algo que se constrói através das capacidades humanas na valorização da saúde em seu sentido mais amplo como vida. É no trabalho vivo produzido que se fundamenta a produção do “Comum”.

A linguagem, o afeto, as idéias interferem diretamente na recriação das relações sociais e norteiam as práticas de cuidado¹⁶³, de atenção; por isso tornam-se sempre colaborativas ainda que venham a ser processadas em abordagens individuais. Para a Saúde Coletiva o conhecimento comum produzido é a base de todas as outras produções que desenvolvem o cuidado e a atenção como produto. Novas relações se recriam no momento do trabalho vivo – a produção da saúde em ato. São os aspectos mais sublimes de produção da vida que entram em ação no trabalho em saúde; do toque à escuta, da articulação do conhecimento científico acumulado para a cura ou à sugestão por uma atitude. A própria vida tende a ser completamente investida por atos de produção e reprodução de cuidado, dos prazeres, dos desejos... o trabalho em saúde contém a riqueza do “Comum”.

¹⁶³ “O cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo” (Alves *in* Mattos e Pinheiro, 2005).

O campo da Saúde Coletiva reforça que a valorização deste trabalho se dá justamente pelo imenso valor produzido através da expropriação do comum. A produção do comum é o âmbito da geração do valor à Saúde. Essas práticas tornam-se evidentes, por exemplo, através da “profissionalização do cuidador”. O que é o “cuidador”? Na linguagem dos profissionais (que também são cuidadores), ele é o familiar, o amigo ou outro responsável que passa pelo treinamento científico para desenvolver atitudes ou ações de cuidado. Entretanto, outros cuidadores vêm sendo produzidos pelos profissionais da saúde. A função do cuidador se generalizou por várias áreas e sua atividade é necessária no âmbito doméstico, hospitalar¹⁶⁴ ou mesmo em tratamentos considerados de curta duração, mas que precisam de cuidados intensivos. O cuidador habitual ganhou requinte profissional.

No campo técnico-político, após o avanço da implantação do sistema único de saúde, a Saúde Coletiva tomou para si uma política de execução da estratégia voltada à saúde da família. Primeiramente, a tentativa da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é a reversão do modelo de atenção à saúde hospitalar – retirar as pessoas de dentro dos hospitais e torná-las próximas aos serviços de saúde regionalizados. Não que o território passe a representar um modelo *exclusivo* de atenção à saúde de famílias que pertençam a grupos sociais vulneráveis, mas sim um modelo de território *inclusivo* a partir dos serviços de saúde.

Outra estratégia é a formação dos “agentes comunitários”. Os agentes comunitários de saúde (ACS) desenvolvem a função de serem invisíveis aos olhos do território de abrangência. Atuam por meio do seu ar familiar, doméstico, comum, a

¹⁶⁴ O hospital atual é um lugar repleto de “cuidadores profissionalizados”. Os *familiares* são “treinados” a serem cuidadores. Já os *voluntários* cumprem funções de cuidado seja no trabalho de recreação ou até mesmo de cuidados espirituais como já é previsto pelo Ministério da Saúde ao campo dos “Cuidados Paliativos”. As *Doulas* fazem o trabalho das antigas parteiras, baseado em conhecimentos práticos aprendidos na vivência familiar ou mesmo comunitária – acompanham mulheres no momento do parto com a função de “facilitadoras” para obter um parto mais “humanizado”. Toda a tecnologia do cuidado que vem sendo gerada é a tentativa de gerar o “humano”, a “vida”, ou o “afeto”.

partir do seu pertencimento à dinâmica da região. Da sua rotina de “morador” e pertencente ao território é extraído o conhecimento que possui sobre a vida “em comunidade”, mais especificamente, sobre a sua comunidade. Ele deve transitar pelo ambiente mais privado da vida pessoal: a residência. Deve compor a paisagem do território, ser conhecido para ter permissão ao entrar com a “grife” da Saúde na casa das pessoas e apontar as irregularidades ou as regularidades de seus modos de vida, seus estilos ao estabelecer relações, vínculos. Uma rotina é estabelecida para a vida em comum e então a casa é passível de ser mapeada pela Saúde. Para o agente não é necessário um saber científico normalizado pela universidade, basta a ele ser comum. Ter o domínio sobre o tempo da vida naquele espaço; conhecer a realidade do trabalho desenvolvido por aquele território, ser parte dos costumes, dos hábitos regionais e familiares. O agente comunitário sai das Unidades de Saúde todos os dias em busca da captura ao “Comum”.

O hábito é o comum na prática: o comum que estamos constantemente produzindo e o comum que serve de base para nossos atos. Assim é que o hábito está a meio caminho entre uma lei fixa da natureza e a liberdade da ação subjetiva prática [...] Os hábitos criam uma natureza que serve de base para a vida [...] são como funções fisiológicas, como a respiração, a digestão e a circulação sanguínea. Não prestamos atenção a eles e não podemos viver sem eles. Ao contrário das funções fisiológicas, contudo, os hábitos e a conduta são compartilhados e sociais. São produzidos e reproduzidos em interação e comunicação com os outros. Assim é que os hábitos nunca são realmente pessoais ou individuais. Os hábitos, a conduta e a subjetividade individuais só se manifestam com base na conduta social, na comunicação, no agir em comum. Os hábitos constituem nossa natureza social (Hardt & Negri, 2005, p.257).

Sob a ótica da Saúde Coletiva os hábitos tornaram-se meios à espera de serem usados como ferramentas numa caixa; são bases comuns à criação de práticas interventivas de Saúde, pois neles interagem as singularidades através da multiplicidade de suas expressões. Assim, o produto produzido pela Saúde é o próprio ato em si. A

capacidade do trabalhador da saúde em fazer ou produzir vincula-se às suas próprias capacidades criativas de sujeito trabalhador (idem, 2005). Por isso é importante entender que o “comum” não se refere à noção tradicional de comunidade ou à noção de público, mas o “comum” baseia-se na comunicação entre as singularidades e se manifesta através dos processos sociais de produção. No mundo contemporâneo o comum pode ser construído politicamente. Os serviços públicos não constituem o “comum”, constituem a base da soberania moderna nas mãos do Estado-nação. O comum é uma produção social biopolítica (Hardt & Negri, p.266/267, 2005). Esse é o principal traço que marca a passagem *da Saúde Pública à Saúde Coletiva*. O comum é social, portanto, coletivo – tornou-se então aquilo que dá nome ao campo: Saúde Coletiva. Constituiu-se uma transição das lutas sociais na saúde que se desloca “*do público para o comum*”.

A chegada de um debate sobre outro paradigma quase sempre pode ser atribuída por meio do excedente filosófico gerado em acúmulos anteriores. O excedente gerado pelos sanitaristas foi a crise de seus próprios referenciais e assim, a Saúde Coletiva se ergueu como um corpo político a favor das multiplicidades trazidas de forma singular na expressão das subjetividades como uma necessidade social. A concepção formulada pela Saúde Coletiva reflete um movimento que dialoga com o novo e ao mesmo tempo com práticas tradicionais; traduzem hábitos, estilos, sonhos, desejos que potencializam a vida, colocando-a em movimento. A Saúde Coletiva não são se trata de uma crítica a toda tecnologia produzida pelos sanitaristas, ao contrário. Somente o acúmulo técnico produzido pelo movimento de reforma sanitária pode servir de sustentação para o entendimento que a biopolítica da saúde é a luta para não deixar privatizar o comum e dar representação àqueles que são primordialmente afetados.

No campo macro-político outro fator determinante é a disputa pela posse do conhecimento produzido, pois as dimensões mais comuns da vida tem se tornado cada

vez mais uma propriedade privada. Na década de noventa, uma das principais lutas econômicas e sociais se deu no campo na produção e distribuição dos medicamentos. A indústria farmacêutica passou por embates mundiais em torno da luta por quebra de patentes. Esses embates se dão de maneira difusa, visto que também é difusa a concentração das informações sobre a produção de pesquisas para medicamentos em escala mundial. No Brasil, tornou-se uma das principais agendas de governo em prol de medicamentos “genéricos” e quebra de patentes entre as substâncias que compunham o “coquetel” para o tratamento da AIDS.

A barreira ao acesso de populações vulneráveis a medicamentos considerados essenciais e também às “novas drogas” carrega o atual viés economicista mundial da saúde. A luta dos movimentos sociais globais somada ao trabalho de ONG’s fez com que muitos países pertencentes à Organização Mundial do Comércio aprovassem em 2001 a Declaração de Doha. A Declaração permitiria reduzir as barreiras comerciais aos países pobres (representados pelo G-20) e suspender legalmente os custos com as patentes de medicamentos quando estivesse em jogo a saúde pública de suas populações. No entanto, a produção dos grandes laboratórios internacionais gera um impasse entre os países ricos com alto poder de questionamento à “Rodada de Doha”, defendendo que o valor atribuído à patente é revertido para que os laboratórios possam investir em novas pesquisas.

Todavia, em uma pesquisa realizada pela Organização “Medicina sem Fronteiras” constatou-se que apenas 10% dos gastos com pesquisas em saúde destinam-se para as doenças que representam 90% das enfermidades mundiais, a maioria delas são doenças típicas dos países pobres. A produção africana, por exemplo, representa apenas 1% do mercado mundial entre os grandes laboratórios, mesmo diante de uma população dizimada por doenças as quais a cura já é sabida¹⁶⁵. Com custos altíssimos

¹⁶⁵ A informação foi retirada do site: <<http://www.msf.org.br/informativos/>>.

para os países pobres, medicamentos essenciais passam a ser considerados inatingíveis para milhares de pessoas no mundo.

Ao perceber que os discursos nacionalistas não são suficientes para o enfrentamento de questões sociais globais. No campo político-estatal verificam-se novas relações de interdependência sendo construídas entre os países do hemisfério sul. Após a aliança pré-sabida entre o Estado e o capital (multinacional), somente relações de interdependência entre os países poderiam deslocar essa realidade. Neste sentido, a América do Sul tem sido um grande laboratório. A liderança do governo brasileiro na formação do G-20 é um exemplo. Mas os debates atuais sobre a formação de uma agenda Mercosul para a Saúde tem fortalecido as relações de cooperação entre as políticas de saúde para os países do sul. Após o processo constituinte vivenciado pela saúde no movimento de reforma sanitária, o Brasil tem contribuído para as discussões que visam a democratização das políticas de saúde na América do Sul. A alternativa tem se mostrado como uma possibilidade de enfrentamento estatal aos novos conflitos sociais. E, com isto, o hemisfério sul virou uma “tendência”, não mais a velha civilização européia.

O movimento de harmonização das políticas de saúde iniciado pelos países que compõem o Mercosul, através do SGT-11, por outro lado, confirmam que não existe mais “um lado de fora” no mercado mundial, visto que os conflitos sociais e econômicos atravessam todos os níveis dos países e blocos mundiais (entre o centro e a periferia, mas também no centro e na periferia) (Negri & Cocco, 2005, p.34). Perde-se o foco relacional entre o Estado desenvolvimentista e as empresas multinacionais, portanto as cooperações que visem a interdependência entre os países tornam-se necessárias.

Em contrapartida, um movimento de resgate a debates totalmente arcaicos vem sendo puxado pela própria Organização Mundial da Saúde. As questões que

demarcam a saúde nas fronteiras foram retomadas com afinco nesta última década, evidenciando que as barreiras nacionais precisavam ser retomadas como espaço de lutas e, conseqüentemente, controle. O debate sobre o Regulamento Sanitário Internacional surgiu na década de 90 como algo novo, apresentando falsas respostas para uma questão que a América do sul está apenas re-iniciando com um novo aspecto: os fluxos migratórios em busca por trabalho e saúde. A agenda da OMS acionou antigos problemas como resposta à novas questões. Certamente não seria pela criação de novas barreiras sanitárias que fariam brotar soluções ao “contágio universal” das doenças em épocas de *Império*. Por isso, deve-se atentar para o campo das novas lutas sociais, pois que demonstram, diante das novas tecnologias do poder, que esse outro ciclo de lutas aberto em Seattle e aportado em Porto Alegre indicam diversos caminhos, mas um deles é que *onde há resistência, há poder*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A América Latina passa por deslocamentos políticos. A Saúde é apenas mais uma forma de entender que esses deslocamentos formam as evidências de uma transição democrática. Vários movimentos sem visibilidade constituíram um campo favorável para a virada à esquerda em quase todos os países do Sul, que vivenciaram a tão pouco tempo uma ditadura militar em série. O novo ciclo de lutas globais que se abre demonstra que as alternativas para a criação de mais espaços democráticos estão nos movimentos vindos da *Multidão*. O Mercosul, apesar de ser um acordo com quase 20 anos, começa a dar seus passos integradores somente agora, com um momento democrático favorável à formação de relações de cooperação. Como nos diz Negri & Cocco (2005), enfrentamos a partir de agora o problema de construir as bases de um movimento que sustente em todo o mundo a ação autônoma dos movimentos e dos governos democráticos da América Latina. Descobrimos a democracia, falta-nos descobrir a sustentação através de instrumentos autônomos de cooperação entre as nações dos subcontinentes. O cone sul atualmente organiza-se em torno da estruturação de sua interdependência entre as principais economias.

Não vale mais a pena os discursos de defesas nacionalistas em épocas de *Império*. A proteção as fronteiras e as economias nacionais apenas vêm a reforçar antigos ditames de um desenvolvimentismo que comprovou que nunca foi eficaz do ponto vista econômico e nem social. Se quisermos protagonizar a *democracia dos muitos*, iremos talvez experimentá-la num verdadeiro acordo de parcerias entre os movimentos que se formam na América Latina. Novos atores entram em cena através da chegada dos governos populares, articulações cooperativas são realizadas em prol de um desenvolvimento que enfim possa contemplar as populações mais vulneráveis, como por exemplo a Índia, a África do Sul ou os países asiáticos. O cone sul desperta para o

outro lado do planeta, como alternativa política e fuga de um comando único. Estamos vivenciando um momento histórico em que os países do Sul acabam por formar um novo bloco histórico de resistência ao Império, vide o bloqueio da rodada de Doha. O que os governos eleitos democraticamente na América Latina perceberam é que a solução para os nossos antigos problemas sociais não virá do capital externo americano, da defesa do Estado nacional e nem mesmo das preocupações européias com nossos produtos em circulação pelo livre comércio do sul; mas sim através de acordos que nos tornam mais ativos no fornecimento de respostas vindas de nossas próprias redes sociais produtivas e ao mesmo tempo globais.

O que Lula, Kirchner, Morales e Chavez trazem como inovação para o Mercosul é o entendimento que esta pactuação deve zelar pela sua *interdependência* e romper com a imagem da *dependência* de um poder americano. Existe um certo ceticismo armazenado que não permite a alguns acreditar plenamente nos acordos feitos entre os vizinhos “periféricos”, isso porque ainda se apregoa uma “perda de soberania” ao invés da integração ser pensada sob a perspectiva da interdependência. Paira um sentimento que o Estado deve ser mais ofensivo em suas ações, visando principalmente a competição e não a cooperação de suas forças produtivas¹⁶⁶. No Brasil, é sabido que os seus dispositivos estatais sempre funcionaram como instrumento das elites para a exploração; baseado em práticas de exclusão e racismo. Portanto, essa nova classe política, herdeira das lutas populares e democráticas, mas também da *Batalha de Seattle*, se coloca – dentro de um plano permeados também por contradições – para além da relação de capital nacional e além da relação de dependência, mas sim uma cooperação entre relações sociais e políticas em âmbito global (idem, 2005). O

¹⁶⁶ “As velhas ideologias segundo e terceiro-mundistas da reforma e da revolução são varridas. Os dogmáticos, a esse respeito, só sabem se lamentar e denunciar traições ou ilusões (Negri & Cocco, p.209, 2005).

Mercosul tem se tornado a teoria e a prática de uma base política autônoma dos movimentos na América Latina.

Para a constituição dessa base política, uma alternativa foi compor a pauta negociadora da Saúde. Tentar a coordenação de ações e legislações entre os governos nacionais referentes à atenção à saúde mostra-se como uma saída mais protecionista aparentemente. Contudo, o espaço mostrou-se apropriado para colocar em questão agendas como a produção de medicamentos e a comercialização dos mesmos a custos mais reduzidos entre os países do cone sul. A atenção à saúde de pessoas que circulam pelo acordo aduaneiro; as medidas de vacinação; ações preventivas a epidemias como a AIDS; ou a coordenação de uma ação de controle ao uso do tabaco conjuntamente, mostraram-se eficazes na simbologia produzida em torno do discurso da prevenção, recuperação, e proteção de suas populações. As iniciativas da Saúde no Mercosul serviram para acumular capital político e demonstrar atitudes de resistência aos grandes laboratórios internacionais; além de promover um espaço de troca de experiências, modelos exitosos no campo da saúde: como a atenção à saúde da família ou mesmo o sistema único de atenção à saúde no caso do Brasil.

As reuniões ministeriais orientadas pelo SGT 11 avançaram de forma substancial em suas discussões, iniciando os debates mais administrativos à princípio – voltados para a regularização e para a normatização da estrutura e, depois mais macropolíticos no direcionamento das ações e das decisões entre os países. A agenda surgida sobre os medicamentos genéricos foi um momento importante do jogo político. A partir dela a arena se abriu para vários outros pontos de discussão: o acesso aos medicamentos para os países-membros; a cura de doenças consideradas de regiões pobres; o direito ao atendimento médico em zonas fronteiriças. Os grupos de interesse então se formaram: lobistas da indústria farmacêutica, movimentos sociais como os de gênero, raça, etnia, a luta antimanicomial, movimentos sexistas, e por fim, os

trabalhadores da saúde reivindicando o direito a deslocar-se. A livre circulação de trabalhadores no Mercosul foi algo inusitado. A validação de diplomas e também a demanda por direitos trabalhistas iguais em qualquer parte do cone sul, fizeram dos trabalhadores da saúde porta-vozes de algo muito maior: o direito a livre circulação, que traria, sem dúvidas, um enorme excedente de produção; pois legalizaria a situação de inúmeros trabalhadores no campo da saúde.

Dentre os grupos formados, fóruns abertos e comissões consideradas progressistas instituídas; a retomada do debate sobre o Regulamento Sanitário Internacional gerou um retrocesso nas reuniões ministeriais e também no SGT 11. A agenda pré-determinada pela ONU/OMS pretendia reerguer antigas barreiras sanitárias e tornou-se parte integrante do Subgrupo até então desdobrar-se em linhas de financiamento para pesquisas que capturavam a cada uma das potências de qualquer país ali representado. O Mercosul, que moderava suas negociações de forma a beneficiar seus membros e associados, paralisou temporariamente suas ações mais aguerridas. A soberania imperial chegou incisiva e contundente na agenda das reuniões ministeriais. Mas a harmonização de diplomas foi o elemento integrador que estabeleceu definitivamente um jogo político dentro do acordo aduaneiro. Isto porque, somente a compreensão e o reconhecimento desta força produtiva se desdobrariam em uma série de outras discussões mais políticas no campo da saúde – estes eram os *ativos* sociais.

A formação dessas redes no cone sul é o resultado imediato provocado pelos novos ciclos de lutas globais. É preciso estar atento à estes novos movimentos para também entender as novas tecnologias de poder. A América do Sul respondeu prontamente aos movimentos globais através da vitória de seus governos de esquerda e também através da formação do G-20. O movimento iniciado em Seattle, aportado em Porto Alegre e ramificado de forma difusa pelos países no mundo, trazem as

comprovações para indicar que é preciso lutar duplamente em tempos de *Império*. As novas lutas são compostas por uma rede de movimentos que trazem peculiaridades tão locais, mas ao mesmo tempo atuam conectadas mundialmente. Nesta rede está a composição potente da *multiplicidade* na *singularidade* da *Multidão*. Foram os movimentos de questionamento às cúpulas mundiais que mostraram às populações que o poder tornou-se difuso e sem rosto. Que o primeiro e o terceiro mundo estão juntos em todos os lugares. Que lutar pela saúde é defender a vida de muitas populações.

O movimento esboçado pelos países do Sul em prol da quebra de patentes de medicamentos considerados essenciais questiona a privatização do comum. As lutas globais pela saúde se posicionam contra o controle da vida através do adoecimento e morte de populações inteiras por motivos em que a cura ou o tratamento já são conhecidos. A indústria farmacêutica e suas inovações são tão globais quanto o ato de dizimar territórios pobres por falta de água, medicamento, alimentos, ou por não ter a posse sobre o conhecimento produzido e privatizado por meio das patentes. Seattle iniciou o questionamento que Porto Alegre difundiu para o mundo.

Os movimentos globais preencheram a plataforma dos governos dessa nova esquerda que chegou em bloco ao cone sul. Representados pelas causas ligadas à terra, à questão indígena, aos negros, aos pobres, trabalhadores empregados ou mesmo desempregados. Mas também na luta por produção de conhecimento (pesquisa) e por direito à informação. Os movimentos sociais globais trouxeram o *comum* para o centro de suas contestações, demonstrando que suas causas não são únicas por movimento, mas são múltiplas e estão dentro de muitos movimentos. O *dever* desta transição democrática vivida agora na América Latina é um momento para pensar a democracia no seu sentido mais verdadeiro: atendendo a todos e de todos.

A compreensão que o trabalho em saúde tornou-se mais biopolítico do ponto de vista de suas ações e mais imaterial nos seus produtos torna-se a chave da

questão que precisava ser desvendada. No trabalho da saúde estão imbuídas relações sociais, afeto, conhecimento, produção de linguagem e simbolismos. Sua característica mais abstrata traz dentro dele a potência de agir, pois tece relações de cooperação através da formação de redes e da comunicação entre elas – produção de informação. A produção biopolítica nele não pode ser medida. Pensar a circulação de profissionais da saúde, portanto, significa colocar na agenda a harmonização de uma política de saúde. Algo que não é tão simples e que certamente não se pactuaria no Mercosul neste momento, mas demonstrou que muitas alternativas de cooperação podem ser apontadas, inclusive sob à ótica do trabalho.

A coletividade que se insere nos estatutos das novas formas de produção também insere a possibilidade da criação de estratégias baseadas nessa mesma coletividade que agora é reforçada. O movimento multitudinário de reforma sanitária acontecido no Brasil gerou um *por vir* que produziu o campo da Saúde Coletiva repleto de possibilidades, mas também de discursos contraditórios e complexos. O SUS se tornou um exemplo de democracia conquistada através dos movimentos, resta agora sustentar o crescimento de mais espaços democráticos para a Saúde. A resposta está nos movimentos: as lutas são por mais democracia. É a democracia que deve vir antes do Estado, fundamentalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, Giorgio. **Estado de Exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.
- ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, S. **Saúde e Democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- ANTOUN, Henrique. Democracia, Multidão e guerra no ciberespaço. In: PARENTE, André (org.). **Tramas da rede**. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BAUMAN, Zigmund. **A Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.
- BERARDI (Bifo), Franco. **A Fábrica da Infelicidade**: trabalho cognitivo e a crise da *new economy*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- BRAVO, M.I.S. & PEREIRA, P.A.P. (orgs.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.
- CAMARGO Jr, K.R. **Biomedicina, Saber & Ciência**: uma abordagem crítica. Editora Hucitec, São Paulo: 2003.
- CASTRO, H. et all. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 8, no. 4, 2003.
- COCCO, Giuseppe. A dimensões produtivas da comunicação no pós-fordismo. **Revista Séries e estudos**. Rio de Janeiro: IPPUR-UFRJ, n.5, dezembro de 1995.
- _____. Entre a Universalização da Guerra e Universalização dos Direitos. In: Pacheco, A & Vaz, P. **Vozes no Milênio**: para pensar a globalização. Rio de Janeiro – Museu da República: 2002.
- COCCO, Giuseppe & HOPSTEIN, Graciela. **As multidões e o Império**: entre globalização de guerra e universalização de direitos. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CORSINI, Leonora. As migrações e o trabalho da resistência. In: **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**. Nº 19-20. Rio de Janeiro, NEPCOM/UFRJ: janeiro de 2004.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: 4ª Edição. Editora Graal, 1999.

CZERESNIA, Dina. **Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador – formação do Estado e Civilização**. Volume 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1993.

FIORI, J. L. **O Poder Americano**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

_____. **Os Moedeiros Falsos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

FLORES, M.C.G. **O Mercosul nos discursos do Governo Brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal/15ª edição, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun 2007.

GUATARRI, Félix & ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7ª Edição revisitada. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

GERLINGER, Thomas. **The Free Movement os Health Professionals in the European Union (EU)**. Frankfurt (unpublished paper), 2006.

GIDDENS, A. e HUTTON, Will (Organizadores). **No Limite da Racionalidade – convivendo com o capitalismo global**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. 2006, vol. 22, no. 5, pp. 951-963.

GIUSTI, J.A. & ROJO, R.H. **Instituições Políticas Comparadas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

GORZ, André. **Metamorfoses do Trabalho**. São Paulo: Annablume, 2003, p.61

_____. **Misérias do Presente, Riqueza do Possível**. São Paulo: Annablume, 2004

_____. **O imaterial: conhecimento, valor e capital**. São Paulo: Annablume, 2005.

GUIMARAES, Luisa e GIOVANELLA, Lígia. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. 2006, vol. 22, no. 9, pp. 1795-1807.

HARDT, Michael. O hibridismo do Império. In: **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**. Nº 01. Rio de Janeiro, NEPCOM/UFRJ: março de 1997.

HOCHMAN, Gilberto (et all). Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 5, nº. 02, 2000, pp. 313-332.

HOCHSCHILD, Arlie Russell. As cadeias globais de assistência e a mais-valia emocional. In: GIDDENS, A. e HUTTON, Will (Orgs.). **No Limite da Racionalidade – convivendo com o capitalismo global**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

IANNI, Octavio. **A Sociedade Global**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

KLEIN, Naomi. **Cercas e Janelas – na linha de frente do debate sobre globalização**. Rio de Janeiro - São Paulo: Editora Record, 2003.

KUNZIER, J.P. **Mercosul e o Comércio Exterior**. São Paulo: Aduaneiras Editora, 2001.

LAZZARATO, Maurizio & NEGRI, Antonio. **Trabalho Imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LAZZARATO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo – a política no Império**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEE, Kelley (et all). **Health Policy in a Globalising World**. Cambridge University Press, 2002.

LUZ, Madel. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

LUZ, Madel. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MACHADO, R. **Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MARIANO, M.P. **A Estrutura Institucional do Mercosul**. São Paulo: Aduaneiras Editora, 2000.

MATTA, G.C. **A Medida Política da Vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais**. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2005.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: 2ª Edição. HUCITEC: 2005.

MERHY, E.E. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, S. **Saúde e Democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NEGRI, A. & COCCO, G. **Glob(AL) – Biopoder e luta em uma América Latina Globalizada**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NEGRI, A. & HARDT, M. **Império**. São Paulo: Record, 2001

_____**O Trabalho de Dioniso** – para crítica ao Estado pós-moderno. Juiz de Fora. Editora UFJF – Pazulin, 2004.

_____**Multidão**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NEGRI, A. y GUATTARI, F. **Las Verdades Nómadas & Genral Intellect, Poder Constituyente, Comunismo**. Madrid, Editora Akal, 1999.

NEGRI, A. **De volta** – abecedário biopolítico. Rio de Janeiro: Record, 2006.

_____**5 Lições sobre o Império**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003b.

_____**La forma-Estado**. Madrid: Ediciones Akaal, 2003a.

_____**Kairòs, Alma Vênus, Multitudo**: nove lições ensinadas a mim mesmo. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

_____**O Poder Constituinte**: ensaio sobre as alternativas da modernidade. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

_____**Exílio**. São Paulo: Iluminuras, 2001.

_____. Negri, em el centro de la tormenta global – entrevista concedida ao jornal argentino Clarín. Disponível na internet em: <<http://www.clarin.com/suplementos/cultura/2004/08/28/u-820584.htm>> Acesso em 08/11/2006

_____. Ocho tesis preliminares para una teoria del poder constituyente. Disponível na internet: <<http://www.rebellion.org/izquierda/toninegri130700.htm>> acesso em 03/05/2004

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. In: **Saúde e Sociedade** 3(2): 5-21, 1994.

OLIVEIRA, R.M. Saneamento e Pobreza no Brasil. In: Stotz, V.V., Valla, E.N. (et all). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Contraponto – ENSP, Rio de Janeiro: 2005.

ONOCKO, R.T. Health planning beneath the hermeneutical focus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 June 2007.

PAIM, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S. **Saúde e Democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A (Orgs.). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC-ABRASCO: 2005.

_____. **Cuidado**: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; HUCITEC; ABRASCO, 2004.

_____. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

_____. **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

POLANYI, Karl. **A Grande Transformação**: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003b.

POSSAS, C. **Saúde e Trabalho** – a crise da previdência social. 2ª edição, São Paulo, Editora HUCITEC, 1989.

SÁNCHEZ-PINILLA, Mario Domínguez. *Obrero masa-obrero social*. Disponível na internet: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/O;obrero_masa.htm>. Acesso em: 11/01/2005

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O Fórum Social Mundial**: manual de uso. São Paulo: Cortez, 2005.

SONTAG, Susan. **A Doença como Metáfora**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 11ª edição, 2000.

TRONTI, Mario. **Operários e Capital**. Edições Afrontamento. Porto, 2ª Edição: 1972.

VIANNA, C.M.M. Complexo Médico-industrial: notas metodológicas. **Série Estudos em Saúde Coletiva**. N.55. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Volume 2. Editora Universidade de Brasília, DF. São Paulo: Imprensa Oficial: 1999.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

ATA. **VI Reunion de Ministros de Salud del Mercosur**. Mercosur/RMS/Acta n° 01/98. URL recuperada em 03/11/06:

<<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/index.htm>>.

ATA. **Segunda Reunion de Coordinadores Nacionales preparatoria de la VI Reunion de Ministros de Salud del Mercosur**. Mercosur/RMS-cc/Acta n° 02/98. URL recuperada em 03/11/06:

<<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/index.htm>>.

ATA. **I Reunion de Ministros**. MERCOSUR/RMS-cc/Acta n° 01/99. URL recuperada em 03/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_1_99/Acta_1_99_index.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/RMS/CC/Acta n° 2/99. **Reunion de Coordinadores Nacionales para la IX Reunion De Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia Y Chile**. URL recuperada em 03/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_2_99/Ata_02_99_index.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/RMS/Acta n° 01/00. **X Reunion de Ministros de Salud del Mercosur**. URL recuperada em 03/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_01_00/RMS_Acta_01_00.htm>

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/RMSM-BCH/CN/Acta n° 02/00. **Reunião dos Coordenadores Nacionais preparatória à XI Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia E Chile**. URL recuperada em 03/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_2_00/ATA_2-00_CN.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/XII RMSM-BCH/Acta n.º 01/01. **XII Reunion de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_1_01/Acta_rms_01_01.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/RMS/CN/acta n.º 1/01. **Reunión de Coordinadores Nacionales preparatoria de la XII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolívia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_1_01/index.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. XIII RMS / CN - ACTA N°. 1/ 02. **Reunión de Coordinadores Nacionales preparatoria de la XIII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_1_02/ata_cn_1_02.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. XIII RMS/Acta n°. 01/ 02. **XIII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_1_02/index.htm>.

ATA. Reunión de Ministros. MERCOSUR/XVI RMSM-BCH/Acta n.º 01/03. **XIV Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_01_03/Index_acta_1_03.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/XV RMS-BCH/Acta n.º 02/03. **XV Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_02_03/index_acta_RMS_02_03.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. XVII RMSM-EA - 02/04. **XVII Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_02_04/Ata_XVII_RMS_02_04.htm>.

ATA. Reuniones de Ministros. MERCOSUR/XVI RMS-BCH/Acta n.º 01/04. **XVI Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile**. URL recuperada em 04/11/06:

http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_01_04/Index_Acta_01_04.htm

ATA. Reunião de Ministros. MERCOSUL/XVII RMS-EA/CN/Ata N° 01/05. **Reunión de Coordinadores Nacionales preparatoria a la XVIII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur y Estados Asociados**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_01_05/Acta_XVIII_RMS_index.htm>.

ATA. Reunião de Ministros. MERCOSUL/XVII RMS-EA/CN/Ata N° 02/05. **Reunión de Coordinadores Nacionales preparatoria a la XIX Reunión de Ministros de Salud del Mercosur y Estados Asociados**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/CN_02_05/Acta_02_05_CN_RMS.htm>.

ATA. Reunião de Ministros. MERCOSUL/XVII RMS-EA/CN/Ata N° 02/05. **XIX Reunión de Ministros de Salud del Mercosur y Estados Asociados**. URL recuperada em 04/11/06:

<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/RMS_02_05/Acta_RMS_02_05.htm>

ATA. MERCOSUR/RMS/CN/ACTA N° 01/06. **Reunión de Coordinadores Nacionales Preparatoria de la XX Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR**. URL recuperada em 04/11/06:

<<http://www.mercosulsalud.org/espanhol/reuniones/actas/index.htm>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Saúde no Mercosul** – (Ponto de Vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil). Rio de Janeiro, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resoluções GMC Incorporadas ao Ordenamento Jurídico Nacional dos Quatro Estados Partes do Mercosul, Oriundas do SGT Saúde**. Gabinete do Ministro/Coordenação Geral do SGT-11. 8ª Edição. Brasília, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Saúde no Mercosul**. 4ª Edição. Brasília, 2006c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **XI Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile**: política de medicamentos – Acordo nº5/00. Brasília, 2006d.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Internalização das Normas do Mercosul**. Brasília: Senado Federal, 2005.

CONASS. **Projeto Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras**. Brasília, 2006. Recuperado em 05/05/2007: <<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/>>.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Final do Fórum Social Mundial da Saúde**. URL recuperada em 01/03/07: <<http://fsms.org.br/portugues/declaracao.php>>.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE. **Agenda Política do II Forum Social Mundial da Saúde**. A Saúde na Africa: o espelho do mundo. Nairobi – Kenya. URL recuperada em 01/03/07: < <http://fsms.org.br/portugues/>>.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE. **Convocatória Internacional e Agenda Política do II Forum Social Mundial da Saúde**. URL recuperada em 01/03/07: <http://fsms.org.br/portugues/>

MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS. **Declaracion de Cuenca**. Segunda Asamblea Mundial de La Salud de Los Pueblos. URL recuperada em 01/03/07: <<http://phmoviment.org/pha2/es/not-talk/health-university.php>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). Série Técnica – **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Sistema Integrado de Saúde para o Mercosul – Uma Agenda para Integração. Brasília – DF, 2004.

PEOPLE'S HEALTH MOVIMENT. Carta dos Povos pela Saúde – **Declaração de Bangladesh** (Dez. 2000). URL recuperada em 01/03/07: <<http://phmoviment.org/pha2/es/not-talk/health-university.php>>.

SITES CONSULTADOS

Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos, <http://www.reluita.org/salud/asamblea-mundial.htm>
Department of Health and Human Services, <http://www.globalhealth.gov/>
Department of Global Health/University of Washington, <http://depts.washington.edu/deptgh/>
Escola Nacional de Saúde Pública, <http://www.ensp.fiocruz.br/>
European Public Health Alliance, <http://www.epha.org/>
European Public Health Association, <http://www.eupha.org/index.html>
Fórum Social Mundial da Saúde, <http://www.fsms.org.br/portugues/>
Fórum Social Mundial, <http://www.forumsocialmundial.org.br/>
Free Movement of Health Professional's, http://www.ngo.epha.org/topic/health_issues/health_economics/free_movement_of_health_professionals
Global Health Council, <http://www.globalhealth.org/>
Global Health Watch, <http://www.ghwatch.org/>
International People's Health University, <http://www.phmovement.org/iphu/>
Le Monde Diplomatique / Brasil, <http://diplo.uol.com.br/>
Mercosul, <http://www.mercosul.gov.br/>
Ministério da Saúde, Brasil, <http://www.saude.gov.br/>
Ministério das Relações Exteriores/Brasil, <http://www.mre.gov.br/>
Ministerio de la Protección Social/Colombia, <http://www.minproteccionsocial.gov.co/>
Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social/Paraguay, <http://www.mspbs.gov.py/>
Ministerio de Salud Publica/Uruguay, <http://www.msp.gub.uy/>
Ministerio de Salud y Prevision Social/Bolivia, <http://www.sns.gov.bo/>
Ministerio de Salud/Argentina, <http://www.msal.gov.ar/>
Ministerio de Salud/Chile, <http://www.minsal.cl/>
Ministerio de Salud/Peru, <http://www.minsa.gob.pe/>
Ministerio del Poder Popular para la Salud/Venezuela, <http://www.mpps.gob.ve/>
Nações Unidas no Brasil, <http://www.onu-brasil.org.br/>
Pan American Health Organization, <http://www.paho.org/> e <http://www.opas.org.br/>
People's Health Movement, <http://www.phmovement.org/>
Red del Tercer Mundo, <http://www.redtercermundo.org.uy/>
Sistema de Información en Salud del Mercosur, <http://www.mercosulsalud.org/>
Scientific Eletronic Library Online, <http://www.scielo.org/>
União Européia, http://europa.eu/index_pt.htm
Wikipedia, <http://pt.wikipedia.org/>
World Bank, <http://www.worldbank.org/>
World Health Organization, <http://www.who.int/>

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)